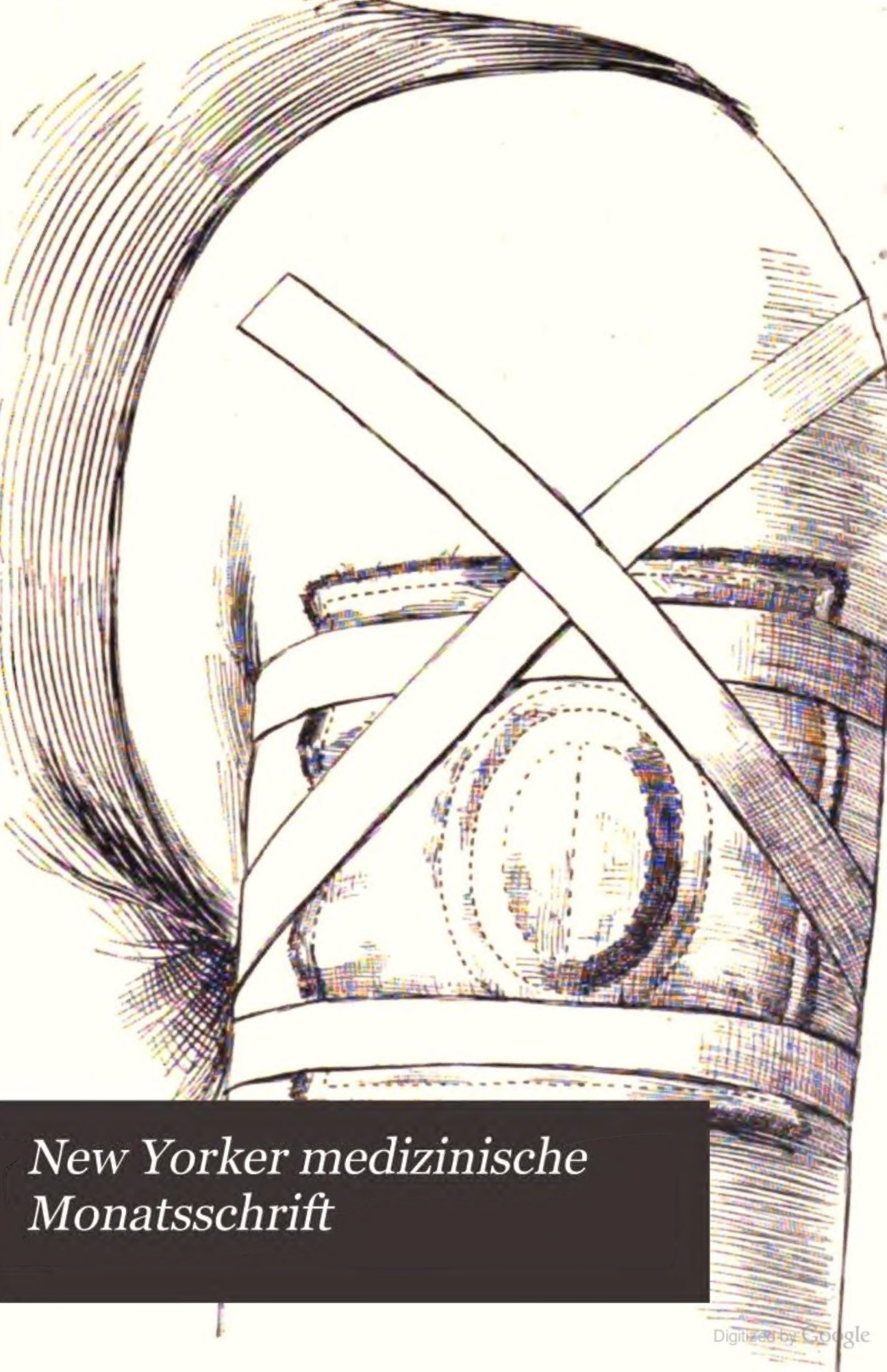


New Yorker medizinische Monatsschrift

Digitized by Google

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
MEDICAL CENTER LIBRARY
SAN FRANCISCO

Digitized by Google

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Staedte New York, Chicago, Ill., Cleveland, O. und San Francisco, Cal.

Herausgegeben und redigirt von

Dr. A. RIPPERGER.

Band XIII.

Januar-December,

1901.

NEW YORK.

DRUCK DER CHEROUNY PRINTING AND PUBLISHING CO.

17 to 27 Vandewater Street, N. Y.

Digitized by Google

Digitized by Google

New Yorker Medicinische Monatsschrift.

Herausgegeben und redigirt von Dr. A. Ripperger.

Inhaltsverzeichniss von Bd. XIII.

ORIGINALARBEITEN.

Actinomycosis, Ein Fall von. Von Dr. Leonhard Weber..... 115
Aspirin. Von Dr. A. Toepfer..... 24
Beinprothese, Eine verbesserte. Von C. H. Doerflinger..... 221
Curorte, climatische und balneologische in Tyrol. Von Dr. jur. Baumfeld 226, 262
Cocainanästhesie, Erfahrungen mit. Von Dr. Kammerer..... 1
Colobom, Ein Fall von angeborenem des oberen Augenlides. Von Dr. A. Schapringer 257
Casuistische Fälle aus der Praxis. Von Dr. Carl Hoening. I. Paralysis spinalis ascendens acutissima. II. Meningitis gonorrhoica. 260
Dammschutz bei der Geburt der Schultern. Von Dr. Gustav Schirmer. 113
Eisensomatose, Ueber den therapeutischen Werth der. Von Dr. L. A. Ewald 118
Enuresis nocturna, Ueber einen mit Urotropin behandelten Fall. Von Dr. Aug. Oreline 555
Gynaecologische Krankheitsbilder von Allgemeininteresse. Von Dr. F. Foerster 314
Haemophilia neonatorum, Beitrag zur. Von Dr. J. G. Wm. Greeff.... 214
Halsdrüsen, Zur Behandlung tuberculöser. Von Dr. Carl Beck..... 497
Harnanalyse, Einige Bemerkungen über practische. Von Dr. Louis Heitzmann 161
Hausarztes, Ueber die Beziehungen des zu seinen geisteskranken Patienten. Von Dr. George W. Jacoby..... 61
Kraurosis vulvae. Von Dr. L. A. Ewald..... 209
Leucaemie, Myelogene mit Lungen-, Larynx- und Pharynxtuberculose. Von Dr. Arnold Sturmdorf 456
Lungen-Heilstätte, Ein Aufruf zur Gründung einer deutschen für Gross-New York als Zweig der New Yorker und Brooklyner Deutschen Hospitler. Von Dr. S. A. Knopf..... 86

49242

Digitized by Google

Berstung bei Eileiterschwangerschaft, Zur Erkenntniss und Behandlung der frühzeitigen mit beträchtlicher Blutung. Von Dr. H. Banga 353
Milchzucker in der Säuglingsnahrung. Von Dr. A. Jacobi..... 401
Mittelohreiterung, Die Behandlung der. Von Dr. J. Holinger..... 169
Morphiumvergiftung, Ein Fall von schwerer durch subcutane Einspritzung von hypermangansaurem Kali geheilt. Von Dr. Leonhard Weber 173
Paratyphus. Von Dr. S. J. Meltzer..... 545
Primäraffect, Ueber luetischen der Nase. Von Dr. W. Freudenthal.. 305
Puerperalfieber, Ueber. Von Dr. L. A. Ewald..... 452
Raupenhaarentzündung des Auges, Bericht über ein Fall von. Von Dr. R. Denig 449
Sanatogen in der Kinderpraxis. Von Dr. J. G. Wm. Greeff..... 21
Sklerema neonatorum, Ueber. Von Dr. C. Schmitz..... 27
Tuberculose der Tonsillen. Behandlung der Lungentuberculose mit electrischem Licht und Sauerstoff. Von Dr. W. Freudenthal. 82

REFERATE UND KRITIKEN.

Anleitung zur Diagnose und Therapie der Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. Vorlesungen von Dr. Richard Kayser.. 31
Anorganischen Salze, Die, im menschlichen Organismus. Nach den Grundsätzen der modernen Chemie systematisch dargestellt von Dr. R. Brasch in Bad Kissingen. Erste Abtheilung. Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1900..... 278
Augenkrankheiten, Die des Kindesalters und ihre Behandlung. Von Dr. E. Guttmann 512
Behandlung, Die idiotischer und imbeciler Kinder in ärztlicher und pädagogischer Beziehung. Von Wilh. Weygandt, Dr. phil. et med. Mit 2 Abbildungen. A. Stuber's Verlag (C. Kabitsch.) Würzburg 1900..... 278
Clinical Lectures. By G. A. Zacharin. Translated from the Fifth Russian Edition by Alexander Rovinsky..... 91
Electrotherapy. By George W. Jacoby, M.D. In two books. Book I: Electrophysics-Apparatus Required for the Therapeutic and Diagnostic Use of Electricity. Book II: Diagnosis-Therapeutics. P. Blakiston's Son & Co., Philadelphia, 1901.. 557
Entstehung und Verhütung der Ohreiterungen. Ein Vortrag von Dr. P. H. Gerber. Verlag von S. Karger. Berlin 1900..... 461
Geburtshilfliche Operationslehre für Studirende und Aerzte. Von Dr. Felix Skutsch. Mit 145 Abbildungen im Text. Verlag von Gustav Fischer. Jena 1901..... 460
Handbuch der practischen Medicin. Herausgegeben von Dr. W. Erbstein. Fünf Bände. Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart.. 505
Heilfactoren Bad Nauheims, Die. Von Professor Dr. Schott. Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1900..... 277
Jahrbuch der practischen Medicin. 1900. Herausgegeben von Dr. J. Schwalbe 31

Digitized by Google

Jahrbuch der practischen Medicin. Kritischer Jahresbericht für die Fortbildung der practischen Aerzte. Herausgegeben von Dr. Schwalbe. Jahrgang 1901. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1901 509
Krankheiten, Die der Frauen für Aerzte und Studirende. Von Dr. med. H. Fritsch. Leipzig 1901..... 512
Lehrbuch der inneren Medicin. Herausgegeben von Dr. Frhr. v. Mering, Professor in Halle. Verlag von Gustav Fischer. Jena 1901 510
Lerne gesundheitsmässig sprechen. Von Professor C. R. Hennig. Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden..... 279
Lösung, Zur des Problems der Heilbarkeit der Lungentuberculose. Von Dr. Carossa 513
E. Merck's Bericht über das Jahr 1900. Darmstadt 1901. Merck's 1901 Manual of the Materia Medica..... 177
Neuerungen, Die letzten auf dem Röntgen-Gebiete, unter besonderer Berücksichtigung der Röntgen-Photographie. III. Bericht von Dr. B. Scheuermayer (Hannover)..... 122
Paroxysmale Tachycardie, Die. (Anfälle von Herzjagen.) Von Dr. August Hoffmann. Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1900 276
Pflanzen-Alkaloide, Die. Von Jul. Wilh. Brühl in Gemeinschaft mit Edvard Hjelt und Ossian Aschau. Mit eingedruckten Abbildungen 179
Ueber Reinfection bei Syphilis. Von Dr. G. Nobl..... 175
Die Schönheit des weiblichen Körpers. Von Dr. C. H. Stratz..... 180
Taschenbuch der Untersuchungsmethoden und Therapie für Dermatologen und Urologen. Herausgegeben von Dr. Albrecht Freiherr von Notthafft 32
Wachsthum, Das und die Verbreitungsweise des Magencarcinoms vom anatomischen und klinischen Standpunkt. Von Dr. med. Robert Borrmann. Verlag von Gustav Fischer. Jena 1901.. 459
Würzburger Abhandlungen aus dem Gesammtgebiet der practischen Medicin. Herausgegeben von Docent Dr. Joh. Müller und Prof. Dr. Otto Seifert.....179, 511

MITTHEILUNGEN AUS DER NEUESTEN JOURNAL-LITERATUR.

Centralblatt für innere Medicin.....37, 125, 241, 327, 461
Centralblatt für Chirurgie.....38, 128, 328, 463
Centralblatt für Gynäcologie.....234, 365, 466
Münchener medicinische Wochenschrift....32, 91, 181, 279, 414, 513, 558
Beiträge zur klinischen Chirurgie..... 95
Wiener medicinische Wochenschrift..... 189
Deutsche medicinische Wochenschrift..... 242
Ueber die Bekämpfung der Tuberculose. Von Prof. Robert Koch.. 369
Die Entstehung der Tuberculose beim Menschen durch den Genuss von Tuberkelbacillen enthaltendem Fleisch. Von Privatdocent Dr. Paul Jacob und Oberstabsarzt Dr. Gotthold Panwitz.... 419

Digitized by Google

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York....40, 97, 192, 244, 335, 382, 428, 472, 569
Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York.. 49, 131, 138, 286, 294, 475, 521
Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt Chicago....147, 149, 151, 152, 153, 301
Verein Deutscher Aerzte in San Francisco, Cal.....378, 380, 381
73. Versammlung Deutscher Aerzte und Naturforscher zu Hamburg. 481, 579

FEUILLETON.

Zur Waldeyer-Feier 469

CORRESPONDENZ.

Dr. Alfred Meyer betr. Localität für Errichtung des ersten Staats-hospitales für Schwindsüchtige im Staate New York..... 53

THERAPEUTISCHE UND KLINISCHE NOTIZEN.

55, 107, 155, 204, 252, 303, 347, 394, 446, 489, 538, 586

KLEINE NOTIZEN.

58, 112, 158, 207, 255, 304, 352, 398, 447, 494, 542, 591

Digitized by Google

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago und Cleveland.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XIII. New York, Januar 1901. No. 1.

ORIGINALARBEITEN.

Erfahrungen mit Cocainanaesthesie.*)

Von Dr. F. Kammerer in New York.

Das Interesse, welches die medicinische Welt in den letzten Jahren der Punction des Rückenmarks entgegengebracht hat, ist gewiss kein unberechtigtes. Die Möglichkeit, medicamentöse Stoffe direct in die Cerebrospinalflüssigkeit einzuführen, hat zu vielen interessanten physiologischen Versuchen am Thier Veranlassung gegeben, über deren therapeutische Verwerthung beim Menschen wohl noch nicht das letzte Wort gefallen ist. Für uns Chirurgen hat die Einverleibung von Cocain durch die Lumbalpunction das grösste Interesse, die wohl zuerst von Corning, ebenfalls zu rein therapeutischen Zwecken unternommen wurde. Dass man durch die Injection von Cocain zwishen den unteren Lendenwirbeln vollständige Analgesie der Beckenorgane und der unteren Extremitäten hervorrufen kann, wurde von ihm allerdings auch beobachtet, von Bier aber zuerst diese Beobachtung für chirurgische Zwecke verwerthet. Wer einmal eine wohlgelungene spinale Narcose gesehen hat, oder gar während derselben operativ vorgegangen ist, der wird kaum leugnen, dass das Verfahren viel Bestechendes hat, und es lässt sich so auch leicht erklären, dass dasselbe in letzter Zeit, mit mehr oder weniger Recht, von Vielen erprobt und gepriesen wurde, besonders bei uns in Amerika.

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 3. December 1900.

Digitized by Google

Ich habe selbst seit dem 5. September dieses Jahres im hiesigen Deutschen Hospital die Methode in 39 Fällen versucht, über die ich Ihnen jetzt kurz berichten möchte. Zuerst einige Worte in Bezug auf die von mir verwendete Technik. Ich habe mich einer einfachen Stahlnadel von 3½ Zoll Länge und einer sterilisirbaren Glasspritze mit Gummistempel bedient. Sie dienen nach meinem Dafürhalten dem gleichen Zweck wie complicirte Spritzen und Gold- und Platinnadeln. Eine kleine Vorsichtsmaassregel erscheint mir wichtig, die auch von anderer Seite mehrfach betont wurde: das schräg abgeschliffene Ende der Nadel möglichst kurz zu machen, was allerdings die Spritze etwas abstumpft, dafür aber den Ausfluss von Cerebrospinalflüssigkeit erleichtert. Aus demselben Grund achte ich darauf, dass das abgeschliffene Ende bei der Punction medianwärts gerichtet ist, also bei Rechtspunction nach links sieht, und umgekehrt. Ich habe in letzter Zeit stets eine zweiprocentige frische Cocainlösung verwendet, die ich vor dem Gebrauch durch Erhitzen zum einmaligen Aufkochen brachte. Was die Stelle der Injection betrifft, so bin ich in allen Fällen zwischen dem vierten und fünften Lumbalwirbel eingedrungen. Sobald einige Tropfen Cerebrospinalflüssigkeit abgeflossen sind, wird die mit Cocainlösung gefüllte Spritze angeschraubt und die gewünschte Quantität langsam, was ich besonders betone, injicirt. Nach der Injection haben alle meine Patienten sofort $^1/_{100}$ Gran Nitroglycerin subcutan erhalten, welche Verabreichung nöthigenfalls noch einmal während der Operation wiederholt wurde. Ich habe nun bei folgenden Fällen die Methode versucht:

H. M., 44 Jahre, Carcinoma ventriculi; sehr nervöser Mann. Hintere Gastroenterostomie mit Murphy-Knopf.

Dreissig Tropfen einer zweiprocentigen Lösung werden eingespritzt. Operation beginnt 10 Minuten später. Patient klagt über etwas Schmerzen während der ganzen Operation, besonders bei Zug an Därmen. Bei der Hautnaht keine Schmerzen, dagegen ist es sehr schwierig, die Bauchdecken wegen starker Muskelspannung gut zu adaptiren. Keine Veränderungen im Puls und der Respiration während der Operation, überhaupt keine Veränderungen in seinem Befinden. Ungestörte Reconvalescenz.

M. F., 55 Jahre, Carcinoma ventriculi. Sehr cachektisches Individuum. Hintere Gastroenterostomie mit Murphy-Knopf.

Digitized by Google

10.45: Injection von 30 Tropfen einer zweiprocentigen Lösung. Erste Punction gelingt. Puls 60, sehr elend.

10.50: Puls 60; sonst keine Veränderung.

10.52: Füsse anästhetisch; Puls gleich.

10.55: Puls 54, kaum zu fühlen. Patient ist sehr blass, gähnt fortwährend und klagt über Uebelsein.

11.00: Puls nach Elevation des Fussendes des Operationstisches und hypodermatische Anwendung von Strophantus und Strychnin etwas besser.

11.03: Wieder Verschlechterung, deswegen 750 ccm heisser NaCllösung in die Venen infundirt. Während Infusion ist absolut kein Puls zu fühlen; nach beendeter Infusion 48 per Minute, sehr schwach.

11.05: Häufiges Erbrechen.

11.08: Nitroglycerin $^1/_{100}$ Gran.

11.10: Puls 52, sehr schwach. Pupillen contrahirt. Patient klagt über Ziehen in den Füssen. Keine Schmerzempfindung auf Nadelstiche von einer Querlinie drei Finger breit unterhalb des Processus ensiformis nach abwärts. Hinten, rechts, die Zone der Analgesie etwas höher als links.

11.15: Patient etwas besser. Erbrechen hat aufgehört.

11.25: Beginn der Operation. Keine Schmerzempfindung. Puls 54, klein.

11.30: Wiederholtes Erbrechen. Zug am Magen verursacht Schmerzen.

11.55: Naht der Bauchdecken ganz schmerzlos.

12.10: Grosses Durstgefühl. Puls 78, ziemlich gut.

12.45: Schmerzempfindung wieder vorhanden. Keine weiteren Folgen der Cocaininjection. Patient ist während den folgenden Tagen sehr unruhig.

Fünfter Tag nach der Operation: Es finden sich Gedärme im Verband, die durch geplatzte untere Nähte entwichen sind. (In der folgenden Nacht Tod in Collaps.)

V. K., 34 Jahre. Hernia ing. sen. Radicaloperation nach Bassini.

9.30: Injection von 12 Tropfen einer zweiprocentigen Lösung. Erster Einstich gelingt. Puls 92.

9.32: Schon etwas Abnahme der Schmerzempfindlichkeit. Prickelndes Gefühl in den Füssen. Festes Abreiben mit Bürste wird nur als leichter Druck empfunden.

9.35: Puls 120, etwas schwächer.

9.40: Puls 132.

9.45: Puls schwächer. Nochmals $^1/_{100}$ Gran Nitroglycerin. Uebelsein. Caffein und Strychnin subcutan.

9.49: Puls etwas besser, 88. Patient sehr blass; Pupillen contrahirt.

9.50: Puls 96, schwächer. Brechbewegung. Starke Beengungen; tiefe Athemzüge. Kalte Extremitäten. Profuse Schweisssecretion. Puls 110.

9.55: Puls 110, sehr schwach. Patient fühlt sich sehr elend.
9.58: Puls 90, guter Qualität.
10.06: Beginn der Operation. Puls 120, voll.
10.20: Beim Zug am Bruchsack klagt Patient über unangenehme Empfindung im Leib.
10.50: Hautnaht, dabei leichte Empfindlichkeit beim Durchstich der Nadeln.
10.55: Ende der Operation. Analgesie war eine vollständige bis zwei Finger breit unterhalb der Brustwarzen.
2.00 Nachmittag: Bei hypodermatischer Injection in den Oberschenkel noch immer herabgesetzte Schmerzempfindung, die in den nächsten Stunden allmählig weicht. Ungestörte Reconvalescenz.

J. H., 27 Jahre. Hernia inguinalis dextra. Radicaloperation nach Bassini.
2.45: Puls 120, voll. Erster Einstich gelingt, die Nadel lässt sich aber nur mit grosser Schwierigkeit vorstossen. Injection 15 Tropfen der zweiprocentigen Lösung.
2.52: Vollkommene Analgesie.
2.55: Puls 160, gut.
2.57: Beginn der Operation. Absolute Analgesie.
3.25: Beim Abbinden des Bruchsacks geringe Schmerzen; auch bei Zug am Samenstrang.
3.45: Hautnaht. Nahtstiche werden als leise Nadelstiche empfunden.
3.50: Operation vollendet. Analgesie noch vorhanden bis zur Querlinie, die gerade durch die Spitze der proc. ensiformis zieht. Ungestörte Heilung.

S. W., 30 Jahre. Hernia inguinalis sinistra. Radicaloperation nach Bassini.
3.00 Natrium bromat. 2 Grammes.
4.15: Injection von 15 Tropfen der zweiprocentigen Lösung. Erst die zweite Punction gelang. Puls 80, gut.
4.17: An Beinen vollkommene Analgesie.
4.20: Beine sind schwer und wie eingeschlafen; leichtes Zucken in denselben. Puls 120, schwach.
4.25: Operation begonnen. Bei näherer Prüfung zeigen sich die Hände gegen Schmerzempfindung abgestumpft.
4.30: Leichter Collaps. Grosses Angstgefühl. Puls 80. Respiration tief; reichlicher Schweissausbruch; Nitroglycerin und Caffein subcutan.
4.40: Puls etwas voller.
4.44: Erbrechen. Zug am Bruchsack verursacht etwas Schmerz.
5.17: Operation beendet. Puls 120. Vollkommene Schmerzempfindungslosigkeit an den oberen Extremitäten und am Halse. Beim Durchstechen der Ohrläppchen gar keine Schmerzempfindung. Nadelstiche an der Stirn werden kaum empfunden.

Spastische Contractur der unteren Extremitäten bei gebeugten Knieen. Am folgenden Tag Temp. 103°; Kopfweh. Sonst ungestörter Verlauf.

W. K., 58 Jahre. Hernia ing. dextra. Radicaloperation nach Bassini.

2.09: Injection von 12 Tropfen der zweiprocentigen Lösung. Cerebrospinalflüssigkeit beim ersten Einstich. Puls 80, kräftig.

2.13: Kribbeln im linken Fuss; keine Schmerzempfindung unterhalb Querlinie zwei Finger breit unter Brustwarzen.

2.19: Puls 100, gut. Keine sonstigen Erscheinungen.

2.20: Operation beginnt.

2.22: Zittern in beiden Beinen.

2.27: Zug am Bruchsack bei Unterbinden desselben unangenehm.

2.35: Erbrechen galliger Massen. Puls 56, etwas schwach.

2.40: Erbrechen dauert an. Blässe des Gesichts; starker Schweissausbruch.

2.45: Bei der Naht der Bruchpforte etwas stechenden Schmerz.

2.50: Hautnaht schmerzlos.

2.55: Operation vollendet. Beine steif; dieselben zittern fortwährend. Gesteigerter Patellarreflex. Ungestörter Verlauf.

M. K., 35 Jahre. Hernia ing. dextra. Radicaloperation, Bassini.

2.33: Injection von 12 Tropfen der zweiprocentigen Lösung. Gelingt erst nach drei Einstichen. Puls 120, kräftig.

2.38: Ameisenkriechen in Füssen. Puls 115.

2.40: Anfang der Operation; dieselbe schmerzlos.

2.48: Puls 84, voll.

2.50: Zug am Bruchsack verursacht Schmerzen. Ausgesprochene Blässe des Gesichts. Patientin klagt über Zittern der Hände und Steifigkeit in den Fingern. In den oberen Extremitäten herabgesetzte Schmerzempfindlichkeit.

3.06: Schluss der Operation. Puls 100, sehr voll.

Nachdem Patientin ins Bett gebracht war, trat heftiges Erbrechen während 5 Minuten ein.

H. S., 58 Jahre. Hernia ing. dextra. Radicaloperation, Bassini.

2.45: Injection von 12 Tropfen der zweiprocentigen Lösung. Puls 66. Ein Einstich.

2.52: Puls 84, von guter Qualität.

2.53: Beginn der Operation.

2.55: Starkes Erbrechen.

3.01: Nochmaliges Erbrechen. Keine Erscheinungen von Seiten des Pulses oder der Respiration.

3.16: Beim Ziehen am Bruchsack leichte Schmerzen.

3.40: Patient klagt über etwas Schwindel.

3.45: Beendigung der Operation. Ungestörter Verlauf.

T. v. H., 48 Jahre. Hernia ing. sinistra. Radicaloperation, Bassini.

2.25: Injection von 11 Tropfen der zweiprocentigen Lösung. Erster Einstich gelingt. Puls 84, gute Qualität. Sofort Kribbeln in den Beinen.

2.35: Beginn der Operation. Puls 90, gut.

2.55: Puls 100.

3.10: Puls 120. Sonst keine Erscheinungen.

3.40: Starkes Zittern in beiden Beinen.

3.43: Operation vollendet. Puls 95, sehr kräftig. Nicht die geringste Andeutung von Uebelsein. Noch etwas Ameisenkriechen in den Beinen. Ungestörter Verlauf.

J. Z., 58 Jahre. Hernia ing. sin.

2.40: Trotz viermaliger Punction in sitzender Stellung, wobei ohne Zweifel die Nadel in den Wirbelcanal drang, kommt es nicht zum Abfluss von Cerebrospinalflüssigkeit. Es wird deshalb zur Allgemeinnarcose geschritten.

C. W., 71 Jahre. Incarcerirte Leistenhernie (über 24 Stunden). Herniotomie.

9.57: Patient collabirt. Puls 120, schwach. Extremitäten kalt. Erbricht fortwährend; etwas Tympanie. Faustgrosser, irreponibler Tumor rechts in der Leistengegend. Injection von 15 Tropfen der zweiprocentigen Lösung. Nitroglycerin $^1/_{50}$ Gran subcutan.

10.07: Beginn der Operation. Vollkommene Analgesie. Keine Veränderungen im Puls.

10.18: Kribbeln in den Fingern.

10.20: Strychnin subcutan. Eingeklemmter Darm schwarz, aber noch glänzend, wird reponirt. Des elenden Zustandes halber wird auf Radicaloperation verzichtet, und nur eine flüchtige Tabaksbeutelnaht am Bruchsackhals gemacht, das Uebrige der Wunde tamponirt. Glückliche Reconvalescenz. Patient wird vollkommen geheilt entlassen.

K. M., 59 Jahre. Incarcerirte inguinale Omentalhernie. Ausgedehnte Eiterung im subperitonealen Zellgewebe am Bruchsack und im Becken. Septischer Zustand. Breite Eröffnung des Abscesses, Freilegung und Eröffnung des Bruchsackes. Theilweise Abtragung des Netzes.

2.20: Injection von 12 Tropfen der zweiprocentigen Lösung. Nach zwei Versuchen in Seitenlage, die fehlschlugen, wird die Punction in sitzender Stellung gemacht. Puls 100, schwach.

2.27: Beginn der Operation. Keine Schmerzensäusserung.

2.32: Frequente, tiefe Athmung, Angstgefühl; Puls ungefähr 100, recht elend.

2.37: Profuser Schweissausbruch. Patientin sagt ihr rechter Arm sei eingeschlafen. Daselbst werden Nadelstiche nicht empfunden.

2.40: Puls 120, etwas kräftiger; Respiration 36. Patientin erholt sich von ihrem collapsartigen Zustand.

2.50: Operation beendet. Puls 120, Respiration 43. Es besteht noch stark herabgesetzte Empfindlichkeit am ganzen Thorax und an beiden oberen Extremitäten.

Keine Folgen der Injection. Patientin geht nach 4 Wochen an ihrem chronisch-septischen Zustande zu Grunde.

M. M., 65 Jahre. Diabetische Gangraen des linken Fusses. Amputation des Oberschenkels. Complicationen: Myocarditis, ausgesprochenes Emphysem. Nephritis.

12.31: Injection von 20 Tropfen einer zweiprocentigen Lösung. Puls elend, sehr unregelmässig.

12.36: Aufgehobene Schmerzempfindung bis zum Nabel. Puls wie vor der Einspritzung 112, schwach und unregelmässig.

12.38: Gar keine Aenderung im Allgemeinbefinden.

12.42: Puls besser als vor Einspritzung, regelmössiger.

12.45: Beginn der Operation.

12.52: Durchsägen des Knochen. Patientin erkundigt sich nach dem was vorgenommen wird.

1.35: Wieder etwas Schmerzempfindung vorhanden.

1.56: Schmerzempfindung wieder normal. Gar keine Folgen der Cocaininjection. Pat. starb 5 Wochen später in diabetischem Coma.

L. M., 54 Jahre. Diabetische Gangraen des Unterschenkels. Beginnendes Coma. Amputation des Oberschenkels.

12.01: Injection von 13 Tropfen der zweiprocentigen Lösung in Seitenlage des Patienten. Erster Einstich gelingt. Puls 120, unregelmässig.

12.03: Patient wehrt sich, was aber gewiss auf seinen Allgemeinzustand zu schieben ist.

12.10: Puls schwächer.

12.12: Operation begonnen. Pat. giebt zuweilen Schmerzensäusserungen. Puls recht schwach und unregelmässig.

12.35: Operation vollendet. Puls 145, aber von besserer Qualität als zu Beginn.

Patient stirbt am folgenden Tag an Coma diabeticum.

A. G., 36 Jahre. Arteriosklerotische Gangraen des linken Fusses. Amputation nach Bier im Unterschenkel.

5.17: Injection von 10 Tropfen der zweiprocentigen Lösung. Erster Einstich gelingt.

5.38: Beginn der Operation. Puls 130, ziemlich kräftig.

6.10: Operation vollendet. Patient klagt während der Operation so gut wie gar nicht, trotzdem er ein äusserst ängstliches und nervöses Individuum ist. Nachträglich behauptet er etwas Schmerzen gehabt zu haben. Nebenerscheinungen der Cocaininjection waren in diesem Fall gar keine zu beobachten. Am folgenden Tag hatte Patient Kopfweh, Rückenschmerzen und Temperatur von 103°, die wohl auf erneute Gangraen im Lap-

pen zurückzuführen war und weitere Amputation nöthig machte. Ungestörte Heilung.

M. L., 54 Jahre. Epitheliom des Unterschenkels.

2.45: In sitzender Stellung werden 5 Punctionen zwischen den 4. bis 5. und 3. bis 4. Lumbalwirbeln gemacht. Ein sechster Einstich, wobei die Nadel 3½ Zoll eindringt, wird in der Medianlinie zwischen dem 4. bis 5. Wirbel vorgenommen. Bei keiner Punction wird Cerebrospinalflüssigkeit gewonnen. Es wird deshalb Allgemeinnarcose eingeleitet.

W. P., 21 Jahre. Appendicitis. (Interval.)

Trotz mehrfachen Versuchen, von derselben Einstichsöffnung aus in den Wirbelkanal zu gelangen, versagt die Methode. Dann allgemeine Narcose und Operation. Genesung.

A. B., 30 Jahre. Appendicitis. Interval-Operation.

5.47: Injection von 15 Tropfen der zweiprocentigen Lösung. Puls 90, guter Qualität. Erster Einstich gelingt.

5.25: Puls 130, gut.

5.55: Beginn der Operation. Keine Schmerzen.

6.00: Uebelsein und Erbrechen. Patientin sagt sie habe ein wenig Schmerz in der Wunde. Puls 120, gut.

6.20: Etwas leichter Schmerz beim Ziehen und Drücken des Peritoneum.

6.45: Hautnaht, dabei keine Schmerzen. Puls 160, gut.

6.53: Operation vollendet. Kopfschmerzen während des folgenden Tages. Ungestörte Reconvalescenz.

M. H., 14 Jahre. Appendicitis suppurativa. Anaemisches, aufgeregtes Mädchen.

4.30: Injection von 10 Tropfen der zweiprocentigen Lösung. Erster Einstich gelingt. Puls 120.

5.00: Während der verflossenen halben Stunde werden sechs Versuche gemacht, die Operation zu beginnen, die an der anscheinend normalen Schmerzempfindung der Patientin scheitern. Es folgt Aethernarcose, während welcher anfangs Aufstossen und Zittern der unteren Extremitäten bemerkt werden, die aber sonst ganz ruhig verläuft. Normaler Verlauf.

E. W., 16 Jahre. Faecalfistel nach Appendicitis. Keilförmige Excision des Darmes nach dessen Lösung und Darmnaht.

4.40: Injection von 12 Tropfen der zweiprocentigen Lösung. Puls 130. Die erste Punction gelingt.

4.45: Keine Analgesie. Puls 160.

4.55: Puls 130. Füsse sind kalt und haben todtes Gefühl.

5.00: Versuch die Operation zu beginnen weist auf vollkommen erhaltene Schmerzempfindung hin. Kein Uebelsein..

5.02: Uebelsein.

5.05: Etwas abgestumpftes Schmerzgefühl an den unteren Extremitäten. Puls 115, guter Qualität.

5.08: Beginn der Operation. Blut sehr dunkel.
5.25: Operation geht ungestört vor sich. Patientin hat gar keine Schmerzen.
5.40: Keilförmige Resection und Naht des vollkommen aus seinen Adhäsionen freigemachten Darmes.
6.00: Leise Schmerzempfindung bei Zug am Peritoneum.
6.08: Ende der Operation. Allgemeinzustand der Patientin ausgezeichnet. Am Abend etwas Kopfweh und auch am folgenden Tag. Vollkommene und ungestörte Heilung.

A. S., 30 Jahre. Aeussere und innere Haemorrhoiden. Dilatation des Sphincters; Abklemmen und Abbrennen der Knoten.
4.50: Injection von 9 Tropfen der zweiprocentigen Lösung. Zwei Punctionen. Puls 108, kraftig.
4.55: Dehnung des Sphincters ist schmerzlos, aber sehr schwierig, wegen gewaltiger Contraction desselben.
5.20: Ende der Operation, nachdem dieselbe ohne irgendwelche Erscheinungen, die auf die Cocaininjection geschoben werden könnten, verlief. Normaler Verlauf.

K. B., 56 Jahre. Aeussere und innere Haemorrhoiden. Dilatation des Sphincter. Cauterisation mit Paquelin.
5.14: Nach 6 Punctionen gelingt es erst Cerebrospinalflüssigkeit zu Tage zu fördern. Injection von 11 Tropfen der zweiprocentigen Lösung. Puls 78, gut.
5.20: Puls 120, kräftig.
5.22: Uebelsein. Puls 56, schwach. Caffein subcutan; desgleichen Nitroglycerin.
5.25: Puls etwas besser. Starke Schweisssecretion, äusserste Blässe des Gesichts.
5.33: Puls 72, ziemlich kräftig.
5.36: Zittern in den Beinen.
5.40: Puls 104, wieder recht elend.
5.41: Dilatation des Sphincter ani. Auch hier keine Schmerzen, aber grosse Kraftanstrengung erforderlich Seitens des Operateurs.
5.45: Beim Abbrennen der Haemorrhoidalknoten leichte Schmerzempfindung.
5.47: Operation vollendet. Patient befindet sich besser. Collapsartige Erscheinungen vorbei. Ungestörter Verlauf.

M. S., 61 Jahre. Prostatahypertrophie, Blasencatarrh, Pyelonephritis. Elender Zustand; hohes Fieber. Epicystotomie.
4.40: Injection von 9 Tropfen der zweiprocentigen Lösung. Zwei Punctionen nöthig.
4.50: Puls 156, schwach.
4.55: Beginn der Operation. Leichte Aeusserung von Schmerzen bei der Hautincision. Etwas Uebelsein.

5.08: Operation beendet. Permanente Blasendrainage. Patient geht nach 4 Tagen an seiner Sepsis zu Grunde, nachdem sich keine Folgen der Cocaininjection gezeigt hatten.

W. D., 68 Jahre. Fistula suprapubica. Anfrischung-Naht.

8.55: Puls 96, kräftig. Injection von 11 Tropfen der zweiprocentigen Lösung. Zweiter Einstich gelingt.

9.00: Operation begonnen.

9.07: Zittern in beiden Beinen. Brennen mit Paquelin wird vom Patienten als Kitzel empfunden.

9.12: Operation beendet. Analgesie vollkommen nur an den unteren Extremitäten, in geringerem Grade vorhanden bis zur Querlinie 1 Zoll unterhalb der Brustwarzen. Ungestörter Verlauf.

A. T., 31 Jahre. Calculus renalis. Cystoscopie. Nachdem Versuch, dieselbe unter Localanaesthesie auszuführen, wegen grosser Empfindlichkeit der Patientin misslungen war.

10.05: Erst nach 5 Versuchen gelingt es, 12 Tropfen der zweiprocentigen Lösung einzuspritzen.

10.08: Beginn der Cystoscopie. Einführung des Instruments in enge Harnröhre ganz schmerzlos. Die Untersuchung dauerte eine Stunde und 15 Minuten, während dessen die Beine etwas steif wurden und Zittern auftrat. Nicht die geringste Veränderung im Puls, noch sonstige Erscheinungen. Keine üblen Folgen.

J. H., 25 Jahre. Tuberculöser Senkungsabscess im Becken. Eröffnung durch den Lumbalschnitt.

6.30: Injection von 10 Tropfen der zweiprocentigen Lösung. Zwei Punctionen.

6.35: Leichte Schmerzensäusserungen. Puls kräftig.

6.45: Operation beendet. Patient stöhnte während der ganzen Operation. Als er jedoch nach zwei Wochen zur Anlegung einer Gegenöffnung narcotisirt werden sollte, bat er um eine zweite Cocaineinspritzung, die aus anderen Umständen verschoben wurde.

F. H., 23 Jahre. Tuberculöser Senkungsabscess im Becken.

In der Seitenlage werden 4 Versuche gemacht, den Subarachnoidalsack zu punctiren. Cerebrospinalflüssigkeit tritt nicht am Nadelende heraus. Deshalb Allgemeinnarcose. Günstiger Verlauf.

D. C., 46 Jahre. Ren mobilis. Aeusserst nervöse Patientin. Nephrorrhaphie.

2.30: Injection von 11 Tropfen der zweiprocentigen Lösung. Puls 100, nicht besonders.

2.32: Puls 120. Zittern in den Beinen und Gefühl des Unbehagens.

2.40: Beginn der Operation.

2.45: Heftiger Brechanfall. Puls 120, gut.
2.50: Brechen dauert an.
2.53: Patientin wird von der Seitenlage in die Bauchlage gebracht.
3.00: Erneutes Brechen. Patientin fängt an über etwas Schmerzen in der Wunde zu klagen.
3.05: Profuse Schweisssecretion.
3.20: Hautnähte werden als leichte Nadelstiche empfunden.
3.22: Ende der Operation. Patientin befindet sich besser. Die Analgesie reicht hinten bis zu der Spina scapulae und vorne bis zum zweiten Rippenknorpel. Leichte Analgesie in beiden Armen noch vorhanden. Ungestörter Verlauf.

M. R., 16 Jahre. Tuberculöse Pyonephrose. Tuberculosis pulmonum. Nephrotomie.
3.30: Puls 120, klein. Drei Versuche in der Seitenlage missglückten insofern, als keine Cerebrospinalflüssigkeit sich ergoss, trotzdem die Nadel gewiss dem Gefühl nach in den Wirbelcanal gedrungen war. Deshalb Allgemeinnarcose.
Exitus nach 4 Wochen an allgemeiner Tuberculose.

A. H., 37 Jahre. Strictura urethrae. Aeussere und innere Urethrotomie.
3.13: Injection von 12 Tropfen der zweiprocentigen Lösung. Erster Einstich gelingt. Puls 72, voll.
3.17: Analgesie bis zur Querlinie 3 Zoll unterhalb des proc. cusiformis.
3.24: Beginn der Operation. Zittern der Beine.
3.30: Keine Schmerzäusserung. Puls 120, kräftig. In beiden oberen Extremitäten Schmerzempfindung erloschen (tiefe, durch die Haut und tief in die Muskeln gemachte Nadelstiche werden nicht empfunden).
4.00: Plötzliches Angstgefühl, frequentere Athmung. Erbrechen. Schweissausbruch. Puls 90, ziemlich kräftig.
4.06: Operation vollendet. Weiteres Erbrechen. Stiche im Ohrläppchen werden empfunden, aber am Hals und auf der Brust rufen nur sehr tiefe Stiche Schmerzäusserungen hervor. Ungestörte Reconvalescenz.

S. B., 56 Jahre. Sarcoma testis. Castratio.
3.50: Injection von 10 Tropfen der zweiprocentigen Lösung. Erst die dritte Punction gelingt. Puls 138.
4.00: Hautschnitt etwas schmerzhaft, weitere Manipulationen ganz schmerzfrei. Zittern in den Beinen.
4.05: Puls geht plötzlich auf 60 herunter, schwach.
4.08: Erbrechen. Collapsartiger Zustand. Reichliche subcutane Stimulation.
4.15: Puls 80, etwas besser. Uebelsein dauert an. Patient hat keine Schmerzen.
4.20: Operation vollendet; noch immer etwas Erbrechen. Ungestörter Verlauf.

H. V., 18 Jahre. Varicocele. Ligatur der Venen nach freier Incision.

5.08: Injection von 8 Tropfen der zweiprocentigen Lösung. Puls 100, gut. Erster Einstich führt zum Ziel.

5.15: Puls 114. Zittern in beiden Beinen.

5.20: Puls 126, voll.

5.21: Beginn der Operation. Gar keine Schmerzempfindung.

5.30: Erbrechen. Schweissausbruch. Puls 60 und schwach.

5.35: Erbrechen und Würgen hält an. Puls 100, kräftiger.

5.38: Erbrechen hört ziemlich plötzlich auf.

5.45: Operation vollendet. Heftiges Kopfweh am folgenden Tag. Normaler Verlauf.

J. B., 18 Jahre. Fractura patellae. Gelenkeröffnung: Naht mit Chromcatgut.

4.08: Injection von 10 Tropfen der zweiprocentigen Lösung. Erster Einstich gelingt. Puls 108.

4.15: Ameisenkriechen in den Füssen.

4.16: Uebelsein, Angstgefühl, tiefes Athmen, Blässe, Erbrechen. Puls 140, kräftig.

4.20: Beginn der Operation.

4.57: Operation vollendet. Patient hat absolut keine Schmerzen verspürt. Puls 98, kräftig. Günstiger, ungestörter Verlauf.

A. P., 16 Jahre. Osteomyelitis tibiae chronica.

5.42: Injection von 9 Tropfen der zweiprocentigen Lösung. Zwei Punctionen nöthig. Puls 85.

6.00: Puls 138, guter Qualität. Patient sagt, er fühlt Nadelstiche am Bein. Anscheinend keine Analgesie. Die Operation wird unter Allgemeinnarcose vollendet. Keine üblen Folgen der Cocaininjection. Ich hätte mich wohl nicht auf die Aussagen des Patienten verlassen sollen, dass er Nadelstiche noch empfinde, sondern hätte die Operation einfach beginnen sollen. Ich glaube, ich habe in diesem Fall die Analgesie übersehen.

P. T., 21 Jahre. Varicositäten des rechten Unterschenkels.

4.00: Erste Punction misslingt. Bei der zweiten Punction gelangt man sicherlich in den Wirbelcanal, es zeigt sich aber keine Cerebrospinalflüssigkeit. Aspiration fördert nur Blut zu Tage. Es wird deshalb von weiteren Versuchen abgesehen.

B. S., 18 Jahre. Alte, perforirende Fistel am Fussgewölbe. Spaltung durch Metatarsalraum.

5.05: Injection von 8 Tropfen der zweiprocentigen Lösung. Puls 140. Sehr aufgeregtes, hysterisches Mädchen.

5.12: Puls 150: Patientin sehr erregt.

5.16: Puls 180, ziemlich gut. Leichtes Zittern der Beine.

5.30: Schmerzempfindung stark herabgesetzt, aber nicht ganz erloschen. Operation kann bequem ausgeführt werden. Puls 136.

5.38: Ende der Operation. Starkes Erbrechen und Kopfweh während der folgenden Nacht.

E. S., 51 Jahre. Carcinoma recti.

3.05: 10 Tropfen einer zweiprocentigen Cocainlösung. Puls 104, gute Qualität. Erster Einstich gelingt.

3.20: Gar keine Veränderung im Befinden der Patientin, besonders keine Analgesie.

3.40: Schmerzempfindlichkeit absolut erhalten. Patient klagt über leichten Schwindel. Es wird deshalb zur Aethernarcose übergegangen und eine ausgedehnte Amputatio recti ausgeführt. Ungestörter Verlauf und Genesung.

A. K., 47 Jahre. Leberabscess; sehr heruntergekommenes Individuum. Incision und Drainage zwischen Processus ensiformis und Nabel.

3.40: Injection von 10 Tropfen der zweiprocentigen Lösung. Puls 120.

3.45: Angstgefühl. Puls 134.

3.47: Analgesie bis zwei Finger breit unterhalb des proc. ensiformis.

3.51: Analgesie bis zum proc. ensiformis. Patient klagt über ziehende Schmerzen in den Waden.

3.55: Beginn der Operation. Leichte Schmerzäusserung bei Hautincision. Erbrechen. Puls recht schwach, 130.

4.15: Operation beendigt.

4.45: Schmerzempfindung normal. Langsame, aber vollständige Genesung.

E. B., 45 Jahre. Allgemeine Carsinose des Bauchfells. Ausgangspunkt nicht zu eruiren.

2.34: Injection von 12 Tropfen der zweiprocentigen Lösung. Nur ein Einstich.

2.45: Beabsichtigte Incision zwischen Nabel und Lymphyse kann noch nicht vorgenommen werden. Keine Analgesie.

3.00: Da bei vier weiteren Versuchen keine aufgehobene Schmerzempfindung zu constatiren, wird zur Allgemeinnarcose geschritten, die normal verläuft. Ungestörte Heilung der Bauchincision.

Unter diesen 39 Fällen habe ich 10 Misserfolge zu verzeichnen. In 6 der letzteren gelang es mir nicht, trotz gewöhnlich mehrfach ausgeführter Punction einen Abfluss von Cerebrospinalflüssigkeit zu erzielen, und, da wir ja nur durch Eintritt dieses Ereignisses die Gewissheit erlangen, dass wir im Subarachnoidalraum sind, so stand ich von einer Injection des Cocain in diesen Fällen ab. In den vier übrigen Fällen war allerdings alles nach Wunsch geglückt, aber die Injection hatte nicht den erwünschten Erfolg, insofern keine Analgesie eintrat. Bei der geringen Er-

fahrung, die wir heutzutage noch mit dem Verfahren haben, hielt ich es für besser, eine zweite Einspritzung nicht vorzunehmen. Ich will hier gleich bemerken, dass wir in keinem dieser 10 Fälle, bei welchen gewöhnlich nach einer Beobachtungsdauer von 30 bis 35 Minuten, die Aether-Chloroformnarcose eingeleitet und die Operation, mit einer Ausnahme, vollzogen wurde, irgend welche üblen Zufälle der versuchten oder gelungenen Rückenmarksinjection beobachteten. Was das Fehlschlagen der Methode in den 6 F ällen betrifft, in welchen es nicht zum Austritt von Cerebrospinalflüssigkeit kam, so kann ich für diese Misserfolge keine Erklärung finden. Es ist kaum möglich, anzunehmen, dass die Nadel etwa nach einer anderen Richtung hin, als in den Rückenmarkscanal, gewandert wäre. Gerade mein allerletzter Fall (16) ist mir glänzend in dieser Beziehung misslungen, bei welchem ich 5 seitliche Punctionen zwischen dem III. und IV., und dem IV. und V. Lendenwirbel gemacht habe, und dann nochmals mit der Nadel auf 3½ Zoll in der Medianlinie unterhalb des IV. Lendenwirbels eingegangen bin. Wer einige Punctionen gemacht hat, der kann schon dem Gefühl nach beurtheilen, ob er in den Wirbelcanal gelangt. Das merkt man an einer gewissen Resistenz beim Durchstechen der Ligamenta intercruralia, auch daran, dass man zuerst in einer gewissen Tiefe auf Knochen stösst und dann, bei einer oder mehreren Abschwenkungen, mit der Nadelspitze plötzlich in die Tiefe dringen kann, ein Verfahren, das nicht eben zu empfehlen ist. Auch lernt man mit einiger Erfahrung die Entfernung und Richtung abschätzen, bei mageren, sowie bei fettreichen Individuen. Ich muss also annehmen, dass irgend welche anatomische Gründe hier vorliegen, die es mir unmöglich machten, in die Cerebrospinalflüssigkeit einzudringen. Es mögen aber auch die Druckverhältnisse im Liquor seinem Ausfliessen nicht günstig gewesen sein. Interessanter schon ist die Thatsache, dass bei den anderen 4 Fällen trotz wohl gelungener Injection die Schmerzempfindung nicht abgestumpft wurde (19, 34, 37, 39). Ich habe allerdings bei diesen Fällen nur 8, 9, 10 und 12 Tropfen Cocainlösung injicirt. Bedenkt man, dass nach Anschrauben der Glasspritze noch ungefähr 3 Tropfen der eben ausfliessenden Cerebrospinalflüssigkeit in der langen Nadel sitzen, und zählt man diese von der eingespritzten Menge ab, so sind es eigentlich sehr geringe Mengen Cocain, die zur Verwendung kamen, 5, 6, 7 und 9

Tropfen einer zweiprocentigen Lösung, in andere Worten, zwischen $^1/_{10}$—$^1/_5$ Gran Cocain. Ich habe mir es aber nach meinen zwei ersten Fällen zur Aufgabe gemacht, mit kleinen Dosen Cocain zu experimentiren und, wenn ich auch entgegen Anderen vielleicht gerade aus diesem Grunde einige Misserfolge aufzuweisen habe, so kann ich andererseits auf ausgezeichnete Erfolge mit sehr geringen Dosen hinweisen. Die Kunst beim Chloroformiren und Aetheriren besteht ja wohl auch darin, dem Patienten gerade genug und nicht zu wenig des Anaestheticums zu geben, ihn aber nicht post operationem auf eine Stunde in tiefen Schlaf zu versenken.

Es schien mir deswegen auch eher angezeigt, die neue Methode auf die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit hin zu prüfen, als mit grossen Dosen vorzugehen. Das Verfahren habe ich überhaupt erst diesen Sommer auf der Koch er'schen Klinik in Bern anwenden sehen, erinnere mich aber nicht mehr an die von diesem Chirurgen verwendeten Dosen Cocain. Im September dieses Jahres machte mich Dr. Liliencranz aus Oakland, Californien, auf das von Tuffier geübte Verfahren aufmerksam und beschenkte mich gütigst mit einigen von letzterem angegebenen Glaskölbchen, die in abgemessenen Mengen 2 ccm einer zweiprocentigen Cocainlösung enthielten. Auf seinen Rath injicirte ich auf einmal den ganzen Inhalt des Kölbchens, also 2 ccm ($^3/_5$ Gran Cocain) bei meinen ersten 2 Fällen (Gastroenterostomien). In allen Referaten über Tuffier's letzten Vortrag auf dem Pariser Internationalen Congress ist nun angegeben, dass T. nie über 15 mg (circa ¼ Gran) Cocain einspritzte. Ich kann mir diese Differenz nur so erklären, dass T. vielleicht von seinen grösseren Dosen wegen zu starker Nebenwirkungen zurückgekommen ist. Auch Dr. Fowler in Brooklyn, der kürzlich über 44 Fälle berichtet hat, gebraucht fast immer 20 Tropfen einer zweiprocentigen Lösung ($^2/_5$ Gran Cocain), nicht etwa nur bei grösseren Eingriffen, sondern auch bei Curettagen, Patellarnähten, Colestomien (hier sogar 25 Tropfen). Dagegen hat Dudley Tait in San Francisco recht geringe Dosen Cocain verwendet. Er amputirte z. B. zwei Oberschenkel nach Injection von je $^1/_5$ und $^1/_6$ Gran Cocain, dabei klagte nur einer der Patienten beim Quetschen des Nervus popliteus über Schmerzen. Um auf meine 4 Fälle von gelungener Einspritzung mit fehlender Anaesthesie zurückzukommen, so habe ich, wie ich jetzt glaube,

in einem Falle die Anaesthesie übersehen (34), und gewiss nicht lange genug für deren Eintreten gewartet (18 Minuten). Die Analgesie tritt eben zuweilen erst nach 30—40 Minuten ein und ist trotzdem dann eine sehr vollständige. In den anderen 3 Fällen habe ich 30—35 Minuten beobachtet, und in den letzten 2 Fällen nicht etwa die Analgesie durch Nadelstiche und Befragen des Patienten zu constatiren versucht. Es ist am besten mit der Operation zu beginnen und auf die Meldung seitens des Patienten zu rechnen, die denn auch sicherlich bei vorhandener Schmerzempfindlichkeit erfolgen wird. Ich nehme also an, dass für diese Patienten die Dosis Cocain zu nieder gegriffen war. Das Mittel wirkt ja bekanntlich so verschieden bei verschiedenen Personen. Es soll hier nicht unerwähnt bleiben, dass manche Chirurgen die Grösse der Nadel und mehrfaches Punctiren für ihre Misserfolge verantwortlich gemacht haben. Man befürchtet hierbei ein Ausfliessen der mit Cocain gemischten Cerebrospinalflüssigkeit aus dem Subarachnoidalsack, was bei grösserer Oeffnung und mehrfachen Einstichen ja möglich ist. Diese Vermuthung findet keine Stütze in meinen eben erwähnten 3 Fällen, bei welchen stets feine Nadeln zur Verwendung kamen und der erste Einstich sofort zum Ziel führte. Dagegen habe ich bei anderen Fällen, in welchen ich mehrfach punctirte, ausgezeichnete Erfolge gesehen.

Wichtig ist die Frage nach der Vertheilung des Cocain in der Cerebrospinalflüssigkeit. S i c a r d und J a k o b haben beide bewiesen, dass in den Subarachnoidalraum gebrachte Substanzen sich schneller im Liquor verbreiten, wenn dieselben in den Rückenmarkscanal injicirt wurden, als nach Injectionen in die Schädelhöhle. Ferner, dass bei der Lumbalinjection die grössere oder geringere Geschwindigkeit dieser Vertheilung wesentlich abhängig ist von der Menge der injicirten Substanz, von der Concentration der Lösung und von der Schnelligkeit des Verfahrens, resp. dem verwendeten Druck. Auch T a i t beweist diese Abhängigkeit durch eine grosse Reihe von Versuchen mit der Injection von Farbstoffen. S i c a r d betont besonders, dass kleine Quantitäten, die langsam in den Subarachnoidalraum injicirt werden, sich nur sehr allmählig in der Cerebrospinalflüssigkeit vertheilen. Wir sollten deshalb für gewöhnlich bei der Cocaininjection recht langsam injiciren, um eine mehr localisirte Wirkung zu erzielen, besonders wenn wir am Becken oder den unteren Extremitäten operiren.

T a i t bekam bei seinen Experimenten mehrmals eine Analgesie des ganzen Körpers seiner Versuchsthiere (Hunde), besonders wenn er die Cocainlösung schnell in den Lumbalabschnitt injicirte. Ich habe in 4 Fällen (5, 7, 12, 30) mehr oder minder ausgesprochene Analgesie der oberen Extremitäten erhalten. In 2 Fällen fand ich die Schmerzempfindung stark vermindert (7, 12), in einem ganz erloschen (30) und im letzten Fall (5) erstreckte sich die Analgesie über den ganzen Körper, so dass die Ohrläppchen, die Stirne und Kopfhaut des Patienten ohne Schmerzen durchstochen werden konnten. Auch F o w l e r berichtet über derartige Erfahrungen. Es entzieht sich allerdings diese Beobachtung meiner Beurtheilung. Ich habe in allen meinen Fällen an gleicher Stelle punctirt, immer eine zweiprocentige Lösung von Cocain verwendet, und versucht, dieselbe in gleichem Tempo, d. h. recht langsam, zu injiciren. Der Patient, mit vollständiger Analgesie am ganzen Körper, war ein grosser, kräftiger, 30jähriger Mann, dem nur ¼ Gran Cocain eingepsritzt wurde. Eins ist wohl sicher, dass aus unbekannten Gründen das Cocain sich schneller bei ihm in der ganzen Cerebrospinalflüssigkeit vertheilt hat.

In der grossen Mehrzahl meiner Fälle reichte die Analgesie allerdings nur bis in die Gegend des Schwertfortsatzes, zuweilen ein bis mehrere Finger breit unterhalb der Spitze desselben; in anderen Fällen etwas höher als letztere.

Die Anaesthesie ist gewiss nur dem Cocain, als solchem, zuzuschreiben, und darf nicht in veränderten, mechanischen Verhältnissen durch die Einspritzung gesucht werden. Es sind in neuerer Zeit auch mit anderen Substanzen (Eucain, Chinin, Antipyrin) experimentelle Versuche angestellt worden und bei Thieren soll die Lumbalinjection solcher Lösungen Analgesie zur Folge haben. Auch beim Menschen hat F o w l e r mit 30 Tropfen einer zweiprocentigen Antipyrinlösung vollständiges Aufheben der Schmerzempfindung bis an die Brustwarzen erzielt, und aus einer brieflichen Mittheilung an Herrn Dr. M a r x, die mir letzterer in liebenswürdiger Weise zur Verfügung gestellt hat, ersehe ich, dass T a i t kürzlich eine Unterschenkelamputation schmerzlos ausgeführt hat, nachdem dem Patienten 0.75 Gran Antipyrin eingespritzt worden war. Das alles beweist aber gewiss nicht, dass die Analgesie beim Einspritzen von Cocain nicht diesem Mittel zuzuschreiben wäre. Die anderen Substanzen besitzen eben auch local anaesthetische Wirkung, nach

den Untersuchungen von Braun über Infiltrationsanaesthesie allerdings in viel geringerem Grade als Cocain. Sie haben deshalb auch bei der Lumbalinjection nicht so viel geleistet, wie das Cocain.

In wenigen meiner Fälle sind die bekannten unangenehmen Nebenwirkungen der spinalen Injection vermisst worden. Dieselben sind nicht etwa bei heruntergekommenen, schwächlichen und alten Personen stärker ausgesprochen gewesen, als bei den jugendlichen und kräftigeren. Im Ganzen gewann ich den Eindruck, als ob sie dort am stärksten aufgetreten sind, wo auch die Analgesie am vollständigsten war, so in den eben besprochenen 4 Fällen (5, 7, 12, 30). In keinem der 4 Fälle, wo trotz gelungener Injection keine Analgesie eintrat, sind sie beobachtet worden. Plötzlich eintretende Blässe und Angstgefühl, nachdem die Pulsfrequenz allmählig gestiegen war, leiten die Scene ein. Die Patienten gähnen und holen tief und beschwerlich Athem, der Puls wird klein, manchmal kaum fühlbar, profuse Schweisssecretion, Uebelkeit und Erbrechen sind fast immer vorhanden, und das ganze Bild ist zuweilen, das kann man nicht leugnen, ein recht Besorgniss erregendes. Unwillkürliche Stuhl- und Harnentleerungen habe ich nicht beobachtet. Häufig dagegen ist schon vor Eintritt der genannten Symptome ein leises Zittern an den unteren Extremitäten vorhanden, das in spastische Contracturen der letzteren übergehen kann. Die Herzaction ist oft sehr stark beeinflusst. In einigen Minuten steigt sie auf 140—160 Schläge, um dann ebenso schnell wieder auf 55—70 Schläge herunterzusinken. Die Dauer dieser Symptome mag nur wenige Minuten betragen, kann sich aber auf 15—20 Minuten erstrecken. Auch können die collapsartigen Zustände mehrmals in kurzen Intervallen eintreten. Ausser mehr oder weniger heftigen Kopfschmerzen während den nächsten 24 Stunden und leichten Temperatursteigerungen habe ich keine Spätwirkungen der Injection beobachtet.

Worauf diese Erscheinungen beruhen, scheint noch nicht sicher gestellt zu sein. Man könnte daran denken, sie veränderten Druckverhältnissen in der Cerebrospinalflüssigkeit zuzuschreiben, die sich nur langsam ausgleichen. Bier schob die an ihm selbst und seinen übrigen Kranken auftretenden Spätsymptome auf Kreislaufsstörungen. Für sich selbst nimmt er noch besonders den reichlichen Abfluss von Cerebrospinalflüssigkeit in Anspruch, der ungeschickter Weise bei der Punction statt-

fand. Ich kann mir nicht denken, dass bei der heutzutage üblichen Technik der Abfluss einiger Tropfen Flüssigkeit irgend welche Bedeutung hat. Das beweist doch auch die so oft zu diagnostischen Zwecken ohne Nachtheil vorgenommene Q u i c k e'sche Punction. Auch die injicirte Flüssigkeit kann nicht im Sinn einer Störung der Druckverhältnisse wirken, wenn wir bedenken, dass S i c a r d und J a k o b Thieren und Menschen weitaus grössere Quantitäten NaCllösung langsam infundirten, ohne irgend welche Symptome zu erzeugen. Es bleiben nach meiner Ansicht nur zwei Möglichkeiten: Entweder wir haben es mit einer Giftwirkung des Cocains zu thun, oder es trägt die verschiedene osmotische Spannung des cerebrospinalen Liquor und der injicirten Cocainlösung die Schuld. Für die letzte Anschauung lässt sich vor Allem die Thatsache erwähnen, dass die gleichen Erscheinungen nach Injection von NaCl-, Eucain-, Strychnin- und Antipyrinlösungen eintreten. Für die Anschauung, dass es sich um Cocainwirkung handele, kann angeführt werden, dass die Symptome von Cocainvergiftung ähnliche sind: in schweren Fällen Uebelsein und Erbrechen, schneller, fast unfühlbarer Puls, heftiger Schweissausbruch, Collaps mit oder ohne Bewusstseinsverlust, Cyanose mit verlangsamter Athmung und Convulsionen. Ferner die schon erwähnte Thatsache, dass bei gelungener Injection in einigen Fällen, sowohl die Analgesie, als auch die Nebenerscheinungen ausbleiben. Man könnte daran denken, dass solche Individuen sich dem Cocain gegenüber refractär verhielten.

Mit Sicherheit kann man heutzutage die spinale Anaesthesie nur bei Operationen an den unteren Extremitäten und dem Becken anwenden. An letzterem sind es besonders Eingriffe an den äusseren Weichtheilen, die sich für das Verfahren eignen. Da möchte ich in erster Linie die Radicaloperation der Brüche nennen, überhaupt alle Operationen, bei denen wir nicht zu viel intra abdominell zu hantiren haben, wie Blasen- und Nierenschnitte, Colostomien. Bei einer Intervaloperation (Appendicitis) ging ebenfalls alles nach Wunsch ab. F o w l e r meint, die Methode eigene sich nicht für acut entzündliche Zustände des Peritoneum, z. B. bei acuter Appendicitis, wegen der grossen Empfindlichkeit dieser Membran im entzündeten Zustand. Mir fiel bei meiner Operation allerdings auf, dass auch das normale Peritoneum eine gewisse Empfindlichkeit bewahrt habe. Bei fast allen meinen Radicaloperationen gaben die Patienten an, Ziehen

am Bruchsack und Abbinden desselben unangenehm zu verspüren. Aber von irgend nennenswerthem Schmerz war keine Rede und ich möchte nicht auf die eine Erfahrung von F o w l e r hin, die acute Appendicitis ausgeschlossen wissen. Ausgezeichnete Dienste that mir das Verfahren bei einer keilförmigen Darmresection. Bei meinen zwei Gastroenterostomien war mir die Spannung der Bauchdecken recht unangenehm. Auch waren die Manipulationen am Magen und den Gedärmen leicht schmerzhaft und doch hatte ich hier sehr grosse Dosen Cocain verwendet. Ungemein schwierig war auch am Schluss dieser Operation die Naht der Bauchwunde, wegen der erwähnten starken Spannung, und wohl auch etwas in Zusammenhang mit dieser Thatsache stand das unglückliche Ereigniss bei einem der Fälle. Es wäre wohl besser, bei Operationen im oberen Bauchabschnitt eine kurze Allgemeinnarcose zum Schlusse einzuleiten, um eine sichere Naht der Bauchdecken zu erzielen. Im Ganzen glaube ich nicht, dass in dieser Region die spinale Anaesthesie vorderhand die Allgemeinnarcose verdrängen wird. Bei complicirten Gallensteinoperationen würde man z. B. durch die Spannung der Bauchdecken und das Erbrechen mit grossen Schwierigkeiten zu kämpfen haben. Bei gynäcologischen und geburtshülflichen Operationen habe ich selbst mit der Methode keine Erfahrung. Vorzügliche Dienste that mir die spinale Injection bei einer Cystoscopie. Es handelte sich um eine nervöse, sehr empfindliche Dame mit enger Harnröhre, bei der ich trotz localer Anaesthesie nicht zum Ziel kam. Nach Injection von $^1/_6$ Gran Cocain konnte eine Stunde lang ganz schmerzlos untersucht werden.

Ih habe über meinen Patienten in der Halsgegend immer ein Handtuch ausspannen lassen, das sie verhindert, das Operationsfeld zu sehen. Ich ziehe das dem Verschliessen von Augen und Ohren vor. Ein gewisses Angstgefühl hat jeder vor Beginn der Operation. Ruhe und freundliches Zureden seitens des Operateurs wirken hier mehr als polizeiliche Maassregeln. Sobald der Patient merkt, dass die Operation im Gange ist und er keine Schmerzen hat, ist sein Vertrauen meistens gewonnen. Ich habe es mir im Gegentheil zur Regel gemacht, denselben bei erster Gelegenheit zu fragen, ob er Schmerzen verspüre, und ihm zu versichern, dass er keine spüren werde. Ruhig soll die Operation allerdings vor sich gehen.

Ich bin am Schluss meines im Vergleich zu anderen bescheidenen Beitrages. Das Verfahren hat, wie gesagt, viel Fasciniren-

des, gerade deswegen sollten wir aber recht vorsichtig in seiner Beurtheilung vorgehen. Wir sehen hin und wieder, dass therapeutische Neuerungen aus der alten Welt bei uns zu Lande mit grossem Enthusiasmus aufgenommen werden, um in kurzer Zeit einer wohlverdienten Vergessenheit zu verfallen. Haben wir es hier mit einer derartigen Erscheinung zu thun? Ich glaube es nicht. Nach meiner persönlichen Ueberzeugung wird sich die spinale Anaesthesie ein, vielleicht nur eng begrenztes Gebiet erobern. Aber nach dieser Richtung lässt sich noch nichts Sicheres sagen. Vorher müssen noch einige der oben angedeuteten Fragen beantwortet und ein grosses klinisches Material geschaffen werden. Vorerst giebt es für die Methode meines Erachtens nur eine stricte Indication: ein Zustand des Patienten, welcher die Allgemeinnarcose unmöglich, oder doch nicht wünschenswerth macht. An eine Thatsache müssen wir uns jedoch an dieser Stelle erinnern: an das immer grösser werdende Misstrauen, mit welchem die chirurgische Welt in den letzten Jahren die allgemeine Narcose, speciell mit Choloroform und Aether, betrachtet. Bewiesen wird dies schon durch die Einschränkung der letzteren zu Gunsten der regionären und der Infiltrationsanaesthesie. Dass die allgemeine Narcose an manchem postoperativen Todesfall, direct oder indirect, die Schuld trägt, die ihr nicht zugeschrieben wird oder vielleicht nicht zugeschrieben werden kann, daran, glaube ich, dürfte heutzutage wohl kaum gezweifelt werden. Und jede Methode, die auch nur im geringsten diese Uebelstände zu beseitigen verspricht, sollte einer ernsten, vorurtheilsfreien, aber nichtsdestoweniger kritischen Prüfung für werth erachtet werden.

Sanatogen in der Kinderpraxis.

Von Dr. J. G. Wm. Greeff.

Von den vielen in der letzten Zeit auf den Markt gekommenen Caseinverbindungen unterscheidet sich das Sanatogen durch ganz besondere Vortheile. Die ausführlichen Verdauungsversuche die von Vis, Treupel u. A. angestellt wurden, sind sehr zu Gunsten des Präparates ausgefallen. Es wird, so weit meine Erfahrung reicht, selbst von sehr kranken Kindern, die anderweitige Nahrung vollständig verweigerten, nicht ungern genommen und gut vertragen.

Das Sanatogen selbst präsentirt sich als ein weisses Pulver mit kaum wahrnehmbarem Geschmack und Geruch; setzt man dem Präparate Wasser zu, so quillt es leicht auf, bei reichlicherem Zusatze von Wasser ist die Quellung kaum bemerkbar. Erwärmt man die Mischung, so löst es sich zu einer milchigen Flüssigkeit auf. Beim Gebrauch desselben habe ich es zuerst mit kaltem Wasser zu einem homogenen Brei verrühren lassen, um die Klumpenbildung zu verhindern. Das Sanatogen lässt sich den Patienten beinahe mit sämmtlichen flüssigen Gerichten in einer den Kranken angenehmen Form reichen. Ich habe es den Kindern mit warmer Milch oder Gerstenschleim gegeben, den älteren Kindern war es mit Cacao oder Chocolade ein sehr angenehmes Getränk. Die dargereichte Menge variirte zwischen 3—10 g je 3 bis 4 mal täglich, was einem halben bis gehäuften Theelöffel entsprechen dürfte. Hinsichtlich der chemischen Zusammensetzung des Präparates möchte ich noch erwähnen, dass Sanatogen 91,23 Procent Casein enthält, hiernach also ein sehr concentrirtes Eiweiss-Präparat vorstellt. Das Casein ist im Gegensatz zu anderen Casein-Präparaten im Sanatogen in ein wasserlösliches Produkt übergeführt durch Zusatz von 5 Procent glycerinphosphorsaurem Natron. Wie verschiedene Autoren berichten, soll ja die Glycerinphosphorsäure, ein Spaltungsprodukt des Lecithins, die Ausnützung des Eiweisses stark unterstützen.

Von mir wurde das Sanatogen in ungefähr 25 Fällen, die mir zum grossen Theil durch die Güte des Herrn Dr. Ewald im Mother's Home of Misericordia zur Verfügung gestellt worden waren, verwendet, und möchte ich hier einige Fälle, über die genauere klinische Daten vorliegen, eingehender mittheilen.

Fall I. Kind, 2 Jahre alt, leidet seit 6 Monaten an chronischer Bronchitis, ist schlecht genährt und appetitlos; bekommt täglich 3 Kaffeelöffel voll Sanatogen, das gerne von ihm genommen wird. Nach 12 Tagen Gewichtszunahme von 200 g. Appetit bedeutend besser, nach weiteren 14 Tagen Gewichtszunahme von 150 g. Die Besserung im Befinden des Kindes ist auffallend.

Fall II. Knabe, 7 Monate alt, schlecht genährt, mit bleicher, welker Haut, leidet an chronischer Gastroenteritis. Stuhl grün und mit Schleim gemischt. Gewicht am 31. Juni 5560 g; bekommt Sanatogen. Gewicht am 8. Juli 5680 g, also eine Gewichtszunahme von 120 g nach 8 Tagen. Stühle nicht mehr so häufig. Gewicht am 26. Juli 5900 g. Stuhlentleerung 3 mal täglich, mehr consistent. Gewicht am 3. August 6030 g. Die Zunahme des Körpergewichtes ist, da in der übrigen Ernährung

des Kindes keine Aenderung vorgenommen wurde, auffallend und der günstige Einfluss des Sanatogens (es wurden 4 Theelöffel voll täglich gegeben) ist nicht zu verkennen.

Fall III. Mary, 6 Monate alt, stark abgemagert, greisenhaftes Gesicht, welke Haut, erbricht nach jeder Nahrungsaufnahme. (Flaschenkind.) Diagnose: Gastroenteritis, Atrophia universalis, Gewicht am 10. Juni 4300 g, bekommt 2 mal täglich einen Kaffeelöffel voll Sanatogen. Gewicht am 27. Juni 4470 g, 3. Juli 4530, 19. Juli 4800 g. Das Kind wurde, so weit es thunlich, draussen im Freien gehalten, erholt sich sichtlich, Erbrechen hört auf.

Fälle IV, V, VI, und VIII. Kinder von 5 bis 10 Monate alt, leiden alle an chronischer Gastroenteritis, Erbrechen und grünem mit Schleim gemischtem Stuhlgang. Es werden täglich 2 bis 3 Kaffeelöffel voll Sanatogen mit der Milch gemischt gegeben. Bei sämmtlichen Kindern ist, trotzdem in der früheren Diät nichts geändert wurde, eine auffallende Zunahme des Körpergewichtes zu konstatiren. Das Erbrechen hört in allen Fällen auf. Das Sanatogen wird in der Mischung ohne Widerwillen genommen. Stühle nähern sich mehr der normalen Beschaffenheit, sind mehr consistent und weniger häufig.

Fall VIII. Minna, 7 Jahre alt, mit gut entwickeltem Knochenbau, aber mager und sehr anämisch. Gastritis chronica, Gewicht am 2. September 18,300 g; von jetzt ab bekommt Patientin 4 mal täglich einen gehäuften Theelöffel voll Sanatogen in Milch, Cacao oder Suppe. Gewicht am 15. September 18,530 g. Appetit bedeutend besser, Gewicht am 1. October 18,840 g. Kind ist heiter, Farbe des Gesichtes ist besser, Appetit ist sehr gut. Am 10. October beträgt das Gewicht 19,400 g. Patientin wird in bester Gesundheit aus dem Hospital entlassen.

Wenn auch die Zahl der hier angeführten Krankenberichte eine mässige ist, so geht doch mit Genüge daraus hervor, dass das Sanatogen neben der guten Eigenschaft, selbst von Kindern gerne genommen zu werden, keinerlei Störungen des Digestionstractus veranlasst. Es wurde von Kindern mit bestehender Diarrhöe und Gastritis, wo die Reizbarkeit des Magens eine ausserordentliche war, gerne genommen und gut vertragen. Unsere Versuche beweisen ohne Zweifel, dass Sanatogen eine Zunahme des Körpergewichtes bewirken kann, wie es dies in allen unseren Fällen zu verzeichnen war, obwohl wir die Frage offen lassen wollen, ob die Gewichtszunahme durch das Sanatogen allein oder seine Verbindung mit anderen Nahrungsmitteln verursacht wurde. Das Präparat konnte den Kindern in grossen Dosen von 10—15 g pro die gereicht werden, ohne dass eine Störung des Darmes beobachtet wurde, und wie unsere Fälle darthun, konnte die Darreichung für 6—8 Wochen geschehen, während Pep-

ton- und Albumosen-Präparate nicht andauernd ohne Störung vertragen wurden. Es ist uns hierdurch ein Präparat an die Hand gegeben, den für den menschlichen Haushalt nöthigen Eiweissbedarf in leichter Weise zu decken und haben wir in dem Sanatogen ein willkommenes Mittel, bei mangelndem Appetit und schlechten Resorptionsverhältnissen des Digestionstractus dem kindlichen Körper das nöthige Eiweiss zuzuführen.

24 West 91. Strasse.

Aspirin.

Von Dr. A. Toepfer, Jersey City, N. J.

Dem vornehmsten Postulate des ärztlichen Berufs, der Menscheit Leiden zu lindern, konnte bisher nur in beschränktem Maasse genügt werden, und zwar aus dem einfachen Grunde, weil die usuellen allgemeinen Anaesthetica in vielen Fällen den in sie gesetzten Erwartungen nicht entsprochen haben. Morphium, die sacra anchora, gebietet zwar den Schmerzen Einhalt, substituirt dafür aber einen Zustand, der nichts weniger als angenehm ist. Chloralhydrat fordert ein gesundes Herz und ist trotzdem nicht ohne Gefahr. Natr. salicylicum, in grossen Dosen gut schmerzstillend, verbietet sich wegen seiner deletären Wirkung auf den Magen und das Gehörorgan. Acetanilid und Antipyrin drohen in den erforderlichen Dosen mit Collaps. Da ist denn der Umstand, dass uns die Chemie mit einem Medicament beschenkt hat, welches bis dato wenigstens allen Anforderungen eines generellen Anaestheticums im vollsten Maasse entsprochen hat, und in den üblichen Dosen ohne jede Gefahr, selbst bei Kindern und Greisen, angewandt werden kann, als ein hoher Gewinn zu betrachten. Der Name dieses neuen Mittels ist Aspirin, ein Derivat der Salicylsäure. Es vereinigt in sich eine anästhetische und eine antipyretische Wirkung. Namentlich die Fähigkeit, fast jede Art von Schmerz cito, tuto ac jucunde zu sistiren, ohne im Geringsten störende Nebenwirkungen hervorzurufen, macht es zu einem der werthvollsten Mittel der Materia medica, und ist berufen, das historische Prestige des Arztes, das in den letzten Decennien schon stark erschüttert zu werden anfing, wieder zu befestigen.

Da aber jedes neue Arzneimittel, um den Umfang und die Grenze seines Heilgebietes festzustellen, auf die vielseitigste

Weise angewandt und kritisch nachgeprüft werden muss, will man sich vor Täuschungen bewahren, und da nur die eigene Untersuchung eine Sicherheit des Urtheils gewährleistet, so habe ich in den letzten drei Monaten mit Aspirin vielfach experimentirt, und lasse in Nachfolgendem eine Anzahl Beispiele Revue passiren, um an der Hand derselben den Werth der neuen Acquisition zu beleuchten.

1. Rheumatismus acutus.

Ein 35jähriger Mann, welcher in den vorhergegangenen Jahren mehrmals an hitzigem Gelenkrheuma gelitten, bei welchen Attacken er immer 8 bis 10 Wochen bettlägerig gewesen, wurde am 6. September dieses Jahres abermals von acutem Gelenkrheumatismus in heftigstem Grade befallen. Am 8. waren bereits fast alle Gelenke geschwollen, schmerzhaft und völlig unbeweglich, so dass Patient ganz hilflos im Bette lag. Der Puls war 120, schnellend und voll; die Zunge etwas belegt und Appetit selbstverständlich gleich Null. Er erhielt Aspirin viermal täglich zu 15 Gran in Oblaten. Am andern Morgen empfing mich Patient mit der vorwurfsvollen Frage: „Aber wie kommt es, Doctor, dass Sie mir dieses Mal ein Mittel gegeben, welches mich sofort von meinen Qualen erlöst hat, wohingegen ich früher stets eine lange Zeit gebrauchte, um in einen erträglichen Zustand zu gelangen?“ Als ich ihn durch die Erklärung, dass dies energische Mittel erst seit einigen Monaten erfunden worden sei, wieder besänftigt hatte, stellte er seiner Erkrankung, aus Freude über sein Befinden, eine derart günstige Prognose, dass er unter Annahme analoger Fortschritte glaubte, kaum eine Woche lang Stubenarrest zu haben. Und in der That demonstrirte er mir ad oculus, dass die Schmerzhaftigkeit aller Gelenke fast ganz nachgelassen habe, während die Schwellung allerdings noch dieselbe geblieben sei; ja er nahm sogar, um mich von der Wahrheit seiner Behauptung zu überzeugen, eine tanzende Pose an. Wenn nun auch der Fortschritt der Besserung nicht derart progressiv zunahm, wie ihn sich Patient in sanguinischer Weise vorgestellt hatte, so war doch gegen die frühere Behandlung ein evidenter Vortheil zu Gunsten der Aspirinanwendung schon durch den Umstand zu constatiren, dass Patient in Folge der Schmerzlosigkeit immer bei gutem Humor war. Der beim Aspiringebrauch fort und fort sich vergrössernde Appetit nach schon mehr die Form der Voracität an. Freilich, wenn Patient die Gelenke bewegte, schmerzte es; beim ruhigen Verhalten aber

verspürte er kaum, dass er an acutem Gelenkrheuma litt. Nach Verlauf von 10 Tagen wurde Aspirin einen um den andern Tag ausgesetzt, und als die Besserung stabil blieb, nur jeden dritten Tag gebraucht, bis nach 3 Wochen die Heilung perfect war.

2. Rheumatismus gonorrhoicus.

Ein Mann in den Dreissigern erkrankte Ende August letzten Jahres an Tripper, den er mit grossen Dosen Bals. Cop. und Cubeb. selbst behandelte. Nach ungefähr 10 Tagen wurden beide Augen, besonders das linke, geröthet; die Conjunctiva stark injicirt; geringe Lichtscheu und keine Schmerzen, nur etwas Jucken der Augen. Dieses veranlasste ihn, ein Augenhospital aufzusuchen, wo man sein Leiden als "Pink Eye" diagnosticirte. Auf Instillation von Protargol und Application kalter Compressen verminderte sich die Conjunctivitis derart, dass Patient das Hospital verlassen und in seine Wohnung zurückkehren konnte. Am nächsten Morgen wurde meine Hülfe begehrt. Während der Nacht nämlich hatten mehrere Gelenke — Fuss, Ellbogen und Schulter — angefangen zu schmerzen und anzuschwellen, während, wie Patient versicherte, das Augenleiden keine Verschlimmerung aufwies. Fieber 102°, kein Kopfschmerz, doch Gefühl von Abgeschlagenheit; Zunge stark belegt und geringer Appetit. Ich verordnete bei diesem Rheumatismus gonorrhoicus — denn sein Tripper „lief" noch, wenn auch nur unbedeutend, und zudem hatte sich die Eichel des Kranken mit grösseren und kleineren nässenden Stellen bedeckt, welche Schorfbildung verursachte und die ganze Eichelkrone und den Rücken der Eichel von der Oberhaut entblössten — Aspirin zu 45 Gran pro die, und Badungen des Penis mit Zinc. sulf., konnte aber mit Aspirin allein der Krankheit nicht Herr werden. Die Schmerzen allerdings wichen nahezu gänzlich, der Appetit wurde äusserst drängend, aber Steifigkeit und Anschwellung der Gelenke blieben constant. Nach dreiwöchentlicher Anwendung von Aspirin ging ich zu Ichthyol mit Sarsaparilla über, auf welche Mittel die Residuen der Krankheit sich sichtlich minderten und in Zeit von zehn Tagen verschwanden. Die bilaterale Conjunctivitis, die offenbar gonorrhoischen Characters war, verlangte noch eine nachträgliche Specialbehandlung.

3. Angina arthritica.

Ein Herr in den Vierzigern, der seit langer Zeit an visceraler Arthritis (Beweis, die Garrod'sche Fadenprobe am Blute)

litt, acquirirte am 3. October letzten Jahres eine Angina tonsillaris mit bedeutender Schmerzhaftigkeit. Gerade der Schmerz veranlasste mich, Aspirin zu 3 i pro die im Schütteltranke mit Syr. spl. zu berabreichen. Am nächsten Tage vernahm ich, dass sich der Schmerz eine halbe Stunde nach Einnehmen der ersten Dosis zu einem erträglichen Gefühl modificirt habe. Noch eine zweite Tagesdosis, und die Angina arthritica war beseitigt. Ich bin mehrmals einer solchen Coincidenz von Angina tonsillaris mit Gicht begegnet.

4. Morbilli.

Auch die sensoriellen Irritationsformen im Prodromalstadium der Masern wichen der Application von Aspirin in energischer Weise, und hinterliessen einen ruhigen und zufriedenen Status. Dosis bei Fünfjährigen, gr. V, 3 bis 4mal täglich.

5. Malaria.

Jeder Arzt weiss, wie furchtbar unangenehm für den Kranken das Froststadium des Fieberparoxysmus bei Malaria ist. Gestützt auf die Erfolge mit Aspirin, gab ich Solchen, deren Frost schon begonnen hatte, oder dessen Eintritt zu erwarten stand, 15 Gran Aspirin, und nach Verlauf von 20 Minuten hatte vollständige Euphorie Platz gegriffen.

6. Darmkolik.

Am 25. October Nachts wurde ich zu einer jungen Dame gerufen, die über heftige intermittirende Schmerzen in der Nabelgegend klagte und laut stöhnte und jammerte; ihr Gesicht war blass, die Haut kühl, und Angstschweiss bedeckte die Stirn. Bei dieser nervösen Enteralgie bewährte Aspirin seinen Ruf als Anaestheticum par excellence auf das Eclatanteste. Kaum 20 Minuten nach stomachaler Application von 15 Gran Aspirin, verrührt in Zuckerwasser, war der Strauss vorüber, ohne je wieder zu recrudesciren.

7. Ovarialgie.

Am 15. November behandelte ich eine Dame, welche seit dem vorigen Tage an paroxysmenartigen, immer in gleicher Weise wiederkehrenden und verschwindenden Schmerzen litt, welche das Ovarium zum Ausgangspunkte hatten, und zuweilen durch leisen Druck auf dasselbe aufgelöst wurden. Auch die interne Exploration eruirte das Ovarium als den schmerzhaftesten Punkt. 15 Gran Aspirin, dreimal täglich, genügte der Indicatio symptomatica so brilliant, dass die Heilung nach zweitägiger Anwendung permanent blieb.

8. Trigeminusneuralgie.

Diese Neuralgie manifestirte sich durch Schmerz in der Stirngegend, oberem Augenlide und Nasenwurzel, mit einem Druckpunkte dicht unter dem Margo supraorbitalis an der gleichnamigen Incisur. Allerdings war hier die Wirkung des Aspirins keine so curative, als in dem vorigen Falle. Der palliative Erfolg war unverkennbar, aber nach 6 bis 8 Stunden Ruhe verschlimmerte sich der Schmerz wieder gradatim, bis eine neue Dosis Aspirin dem qualvollen Zustande ein Ende machte. Als es mir aber nach viertägigem Aspiringebrauch klar war, dass sich ein dauernder Erfolg so nicht erzielen lasse, verordnete ich Eisen mit kleinen Dosen Arsenik und Strychnin, und konnte nach zweitägigem Gebrauche eine Restitutio ad integrum constatiren.

9. Odontalgie.

Erfolgreicher war ich mit Aspirin bei Zahnschmerz Erwachsener und Kinder. Meine eigene Frau hatte schon zwei Nächte wegen heftigen Zahnschmerzes kein Auge zugethan, als am dritten Tage kurz vor dem Abendessen der Schmerz mit erneuter Heftigkeit recrudescirte. Da fiel mir Aspirin ein. Fünfzehn Gran in Zuckerwasser liessen in Zeit von 20 Minuten den Zahnschmerz auf Nimmerwiederkehr verschwinden. Aus Furcht vor Rückfällen nahm meine Frau anderen Tages noch zweimal je 10 Gran Aspirin, ohne dazu genöthigt zu sein. Auch bei Kindern habe ich des Oefteren eclatante Erfolge gehabt. Ja, ich habe mehrfach Solchen, die zu Zahnschmerz inclinirten, angerathen, das Mittel bei sich zu tragen, um von demselben bei den ersten prämonitorischen Symptomen Gebrauch zu machen. Sie waren mit der Wirkung stets zufrieden.

10. Otalgie.

Ebenso constant reagirten Ohrenschmerzen bei Kindern auf eine Einzeldosis Aspirin, ohne dass die Gabe repetirt zu werden brauchte. Wurde, wie gewöhnlich, Aspirin Abends verabreicht (zu gr. V bei Fünfjährigen), so trat regelmässig 25 Minuten später Schlaf ein.

11. Hemicrania.

Einer schwächlichen Dame in den Zwanzigern, deren Migraineanfälle ziemlich genau jeden achten Tag wiederkehrten und 12 Stunden lang persistirten, konnte ich mit Aspirin glänzende Dienste leisten. Nach Einverleibung von gr. XV in

Zuckerwasser war sie, wenn auch mit etwas Kopfeingenommenheit, im Stande, ausser Bette zu bleiben und eventuell Besuche zu empfangen. Hatte die Besserung der Migraine nach Verlauf von drei Stunden nicht den gewünschten Grad erreicht, so wurde noch eine Dosis verabreicht, deren Erfolg zufriedenstellend war.

12. Lumbago.

Ein alter Arthritiker, den ich schon vor zehn Jahren an regulären Attäcken des Grosszehengelenkes behandelt hatte, inclinirte in den letzten Jahren zu einer Art Lumbago, die nur dadurch von einer Rheumatica differirte, dass sie nach zwei Tagesdosen (½Drachme) Jodkali prompt verschwand. Dieser Herr, ein passionirter Jäger, fragte mich, ob ich ihm für die Eventualität, dass er auf einer längeren Jagdtour in Pennsylvania wieder von Lumbago ergriffen werden sollte, ein Mittel geben könnte, welches ihm die Fortsetzung des Jagdsports ermögliche. Ich versah ihn mit einer Anzahl 15gräniger Aspirinpulver und der Weisung, bis zum Nachlass der Schmerzen vierstündlich eins zu gebrauchen. Nach seiner Rückkehr referirte er, dass sich am Morgen des zweiten Tages sein altes Leiden wieder eingestellt habe, aber durch zwei Pulver täglich derart in Schranken gehalten worden sei, dass er seine Zeit sans gêne voll habe ausnutzen können.

13. Ischias rheumatica.

In dieser durch Erkältung entstandenen Ischias, welche erst einige Tage gedauert und sich gradatim zu enormer Heftigkeit entwickelt hatte, leistete Aspirin frappante Dienste, so dass nach zwei Tagen kein Residuum der Krankheit mehr übrig war.

14. Spinalirritation.

Weniger günstig wirkte Aspirin in einem veralteten Falle bei einer decrepiden Frau in den mittleren Jahren. Ich konnte allerdings einen Nachlass der Empfindlichkeit einiger Dornfortsätze gegen Druck und der allgemeinen Hyperästhesie constatiren, aber der Gesammteffect des verabreichten Aspirins entsprach nicht der Erwartung.

15. Arthritis Deformans.

Noch weniger leistete Aspirin bei einer seit Februar dieses Jahres ganz contracten Frau, bei der ausser Ankylose des Knie- und Fussgelenkes sogar die Wirbelsäule derartig ergriffen ist, dass dieselbe einem nach vorn übergebogenen steifen Stab gleicht, und Dreh- und Nickbewegung nur in minimaler Excur-

sion zulässt. Noch nicht einmal eine temporäre Intermission der Schmerzen konnte erzielt werden, was offenbar auf dem Umstande beruht, dass die Schmerzen durch anatomisch-pathologische Producte hervorgerufen und unterhalten wurden.

16. Uteruskrebs.

Ganz eminente Erfolge dagegen erzielte ich mit Aspirin in einem Falle von Uteruscarcinom. Die Frau, welche schon seit Langem leidend und enorme Dosen von Opiaten zu sich zu nehmen gezwungen war, begehrte meine Hilfe lediglich aus dem Grunde, weil sie gehört hatte, dass ich bei Asklepios in hohen Gunsten stände, indem ich ein untrügliches Heilmittel gegen Schmerz besässe. Allerdings hatte ein anderer Arzt schon Natr. salicyl. gegen die quälenden Schmerzen, und zwar mit gutem Erfolge verordnet, aber die durch dasselbe verursachte Taubheit und subjectiven Kopfgeräusche waren für sie so unausstehlich, dass sie wieder zum Morphium gegriffen hatte. Ich liess sie achtstündlich 15 Gran Aspirin nehmen, und erzielte ein vollkommen befriedigendes Resultat. Namentlich das Intactbleiben des sensoriellen Vermögens imponirte ihr am meisten.

Resumé.

Durch die hier angezogenen Controllversuche ist die schmerzstillende Wirkung des Aspirins bis zur Evidenz erwiesen. Eine nüchterne Analyse der positiven und negativen Erfolge aber, welche für die Aufstellung bestimmter Indicationen den besten Anhalt bieten würde, fehlt leider noch, und wird auch so lange nicht ausgeführt werden können, als es noch schmerzhafte Formen giebt, die sich der kritischen Prüfung entzogen haben. Ist nun auch die kritiklose Anwendung eines Mittels nicht wissenschaftlich, so können wir uns, in Anbetracht des practischen Erfolges, über diesen Vorwurf wohl hinwegsetzen. Ferner unterliegt es keinem Zweifel, dass die Hauptwirkung des Aspirins auf Rechnung des Salicylcomponenten zu setzen ist; aber die Behandlung der Salicylsäure mit Essigsäure spielt bei der Wirkung sicher auch eine Rolle.

Cautelen, welche bei Anwendung von Aspirin zu befolgen wären, sind mir nicht aufgefallen. Man muss sich jedoch hüten, Aspirin mit alkalischen Stoffen, z. B. Natriumbicarbonat, Ammoniumcarbonat etc. vereint zu ordiniren. Aspirin ist unlöslich und muss als trocknes Pulver gegeben werden, oder geschüttelt mit wässerigen, kalten Flüssigkeiten von neutraler Reaction.

Dass der Erfolg des Mittels häufig nur ein palliativer ist, fällt nicht zu Ungunsten des letzteren ins Gewicht, sondern resultirt aus der Unklarheit unserer Indicationen; wenn aber erst Aspirin hinlänglich geprüft und das „Wie" seiner Wirkung eruirt sein wird, werden wir auch mehr curative Erfolge zu registriren haben. Störende Nebenwirkungen, wie Ohrensausen, Schwindel, Kopfschmerz sind mir nur sehr selten begegnet und nicht entfernt so intensiv wie bei unseren alten Mitteln. Alles in Allem genommen, kommt dem Aspirin als generellem Anästhetikum das Principat zu.

283 Central Avenue.

Referate und Kritiken.

Anleitung zur Diagnose und Therapie der Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. Vorlesungen, gehalten in Fortbildungscursen für practische Aerzte. Von Dr. Richard Kayser in Breslau. Mit 121 Abbildungen. Verlag von S. Karger. Berlin 1901.

Verf. beabsichtigte, mit seiner „Anleitung" in gedrängter Form unter Hervorhebung des Wichtigsten, für die allgemeine Praxis Unentbehrlichen, einen Ueberblick über das gesammte Gebiet der Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten zu geben, und bei Durchsicht seines Werkchens muss man sagen, dass er der Aufgabe, die er sich bei Abfassung desselben gestellt hatte, vollauf gerecht geworden ist. Das Buch enthält Nichts zu viel und Nichts zu wenig. Die Schreibweise ist bestimmt und klar, die beigegebenen Abbildungen sind instructiv und ergänzen den Text in vortheilhafter Weise. Das Buch kann dem practischen Arzte sowohl zum Studium als auch zur Orientirung in allen in dieses Gebiet einschlägigen Fragen nur empfohlen werden. An der Hand desselben wird sich jeder Arzt auch in grösseren Lehrbüchern und Specialwerken leicht zurechtfinden.

Jahrbuch der practischen Medicin. Herausgegeben von Dr. J. Schwalbe in Berlin. Jahrgang 1900. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1900.

Von dem Schwalbe'schen Jahrbuch liegt uns der Jahrgang 1900 vor. Derselbe ist vollkommen nach den früheren Grundsätzen ausgearbeitet und giebt, wie seine Vorgänger, eine vollkommene Uebersicht über die medicinische Literatur des vorhergegangenen Jahres. Einer besonderen Empfehlung bedarf das Schwalbe'sche Jahrbuch eigentlich nicht, da dasselbe durch seine früheren Jahrgänge bereits in der besten Weise sich selbst empfohlen hat. Es soll daher an dieser Stelle für diejenigen Collegen, denen das Werk vielleicht doch bis jetzt unbe-

kannt geblieben ist, nur darauf hingewiesen werden, dass dem Arzte, der in der medicinischen Literatur up to date bleiben will, kaum ein besseres Jahrbuch von den vielen existirenden empfohlen werden kann.

Taschenbuch der Untersuchungsmethoden und Therapie für Dermatologen und Urologen. Zweite Ausgabe. Herausgegeben von Dr. Albrecht Freiherr von Notthafft. Verlag von Seitz & Schauer. München 1901.

Die günstige Beurtheilung, die wir der ersten Ausgabe des Taschenbuches gegenüber aussprachen, gilt voll und ganz auch für die nunmehr erschienene zweite Ausgabe, die ausserdem noch einige vortheilhafte Verbesserungen erfahren hat, so besonders bezüglich Vervollständigung des Specialisten-Verzeichnisses. Betreffs Einzelnheiten verweisen wir auf unsere frühere Besprechung in der Märznummer des Jahrganges 1900 der Monatsschrift. Ohne Zweifel wird auch die Neuausgabe des Notthafft'schen Taschenbuches in der ärztlichen Welt eine warme Aufnahme finden.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Münchener Medicinische Wochenschrift

1) R. Schütz: *Schleimkolik und Dickdarmcatarrh.*

Verf. präcisirt seine Ausführungen dahin, dass die Unterscheidung einer Schleimkolik vom Dickdarmcatarrh sich nicht stützen kann auf nervösen Allgemeinstatus, organische Complicationen etc., da diese sich bei beiden Affectionen finden können. Auch das Bild des einzelnen Anfalls — Kolikschmerz und Schleimabgang — ist nicht völlig eindeutig, denn die gleichen Schmerzen und Arten des Schleims kommen beim Catarrh wie bei der Kolik vor. Eine exacte Entscheidung ist vielmehr nur aus einer längeren Beobachtung zu erhalten, durch den — wie das Literaturstudium zeigt — vielfach vernachlässigten Nachweis, ob eine nur periodische Schleimhypersecretion vorliegt, ob also in den Zwischenzeiten die Stühle wirklich schleimfrei sind. Bei Anwendung einer derartigen systematischen Untersuchung, die für die Hauspraxis allerdings kaum in Frage kommt, dürfte man nach Ansicht des Verf. dahin gelangen, an der Colica mucosa Nothnagel's, Leube's, Ewald's u. A. als einer eigenartigen Darmaffection festzuhalten, dagegen Boas darin Recht zu geben, dass die grosse Mehrzahl der Fälle mit membranöser Schleimausscheidung wirklich catarrhalischer Natur ist. Diese enteritischen Fälle, aber als besondere Form von der gewöhnlichen chronischen abzutrennen, erscheint unbegründet. (1900 No. 17.)

2) Rolly: *Klinische Beobachtungen über Ichthalbin bei Darmkrankheiten.*

Verf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Ichthalbin wurde in Dosen bis zu max. 8.0 pro die ohne Schaden laange Zeit gerne genommen. Es bewirkt selbst in solchen Dosen keine Verstopfung, noch

Reizerscheinungen von Seiten des Darmes oder der Nieren. 2. Es beförderte in den vorgenommenen Stoffwechselversuchen den Eiweissansatz, indem es sowohl die Stickstoffausscheidung durch den Harn verringerte, als auch die Ausnutzung der gereichten Nahrung erhöhte. 3. Ichthalbin hob schon in Dosen von 3 mal 0,3—0,5 den Appetit und das Körpergewicht und scheint daher als Tonicum wirken zu können. 4. Es setzte bei 4 Versuchen in täglichen Dosen von 1,5—3,0 die Menge der Aetherschwefelsäuren stark herab und verminderte somit die Fäulnissvorgänge im Darm, wenn auch die Stühle ihren stinkenden Character erst allmählich verloren. 5. Unter gleichbleibenden sonstigen Bedingungen (Diät etc.) hatten tägliche Dosen von 1,5—3,0 Ichthalbin einen günstigen, theilweise sehr günstigen Einfluss sowohl auf einfache chronische Enteritis, als auf solche Fälle, die mit Peritonitis oder Tuberculose complicirt waren. 6. Die subacuten Magen- und Darmcatarrhe wurden z. Th. günstig beeinflusst, hingegen war bei den acuten Erkrankungen eine einwandsfreie Wirkung nicht nachzuweisen.

Dosirung. Bei den chronischen Darmcatarrhen von Kindern unter 1 Jahr 3 mal 0,3—0,5, von Kindern über 1 Jahr bis zu einem Alter von 5 Jahren 3 mal 0,5—1,0, über 5 Jahre 3 mal 1,0: bei Kindern und Erwachsenen als Tonicum 3 mal 0,3—0,5. Auch lässt sich das Ichthalbin eventuell als Schachtelpulver verordnen, 3 mal täglich 1 Messerspitze voll. (1900 No. 17.)

3) Schüle: *Ueber die Differenz zwischen der Temperatur des Rectum und der Achselhöhle, speciell bei der eiterigen Appendicitis.*

Aus den von Sch. vorgenommenen Messungen ergiebt sich folgendes Resultat: Die Temperatur der Achselhöhle ist durchwegs niedriger als die des Rectum. Die Differenz kann eine unbedeutende sein: 0,0—0,1°; sie kann aber auch bis zu 1,5° betragen. Der Durchschnitt von 162 vergleichenden Messungen an 16 nicht fiebernden Personen stellt sich auf 0,6°. Das Maximum der Achselhöhlwärme beträgt 37,2°, des Rectum meist 37,8° (ausnahmsweise 38,5°). Die Ursache hoher Differenzwerthe ist in niedrigen Wärmegraden der Axilla zu suchen. Bei fiebernden Kranken ist der Unterschied gewöhnlich etwas kleiner; er beträgt im Durchschnitt 0,4°.

Verf. hat ferner in einem Falle von Appendicitis mit Abscessbildung und Entleerung massenhaften Eiters in den Darm zahlreiche vergleichende Messungen angestellt. Die Differenzen schwankten hier in der Zeit der Abscessbildung zwischen 1,1 und 1,4° C. Die beiden Curven verliefen im Uebrigen ziemlich parallel etwa 0,5—1,0° von einander entfernt. Durchschnittlich betrug während des intermittirenden Fiebers die Differenz 0,9°. Die Ursache für die erhöhte Differenz ist in der Hyperämie der Beckenorgane zu suchen, speciell in der des Rectum und der Excavatio vesico-rectalis, in welche der Abscess sich gesenkt hatte. (1900 No. 18.)

4) Deckart: *Die Hystereuryse in der Praxis.*

Die Hystereuryse als Mittel zur Einleitung resp. Beschleunigung der Geburt ist in den letzten Jahren von verschiedenen Seiten warm empfoh-

len worden. D. theilt nun die Erfahrungen mit, die in den letzten 6 Jahren in der Breslauer geburtshülflichen Klinik mit dem Verfahren gemacht wurden. Er fasst seine Ausführungen in folgenden Schlusssätzen zusammen: Der Hystereurynter ist ein vorzügliches Mittel, um kräftige Wehen anzuregen und in schonendster Weise die Geburt einzuleiten oder zu beschleunigen. Er eignet sich vorzüglich zur Blutstillung bei Placenta praevia. Mit der combinirten Wendung verglichen ist die Hystereuryse ein einfaches Verfahren und sollte deshalb jener stets bei Placenta praevia vorgezogen werden, desgleichen bei Querlage mit uneröffnetem Muttermund und vorzeitigem Wasserabfluss. Die Indicationen zur Hystereuryse sind auch in der allgemeinen Praxis mannigfaltig. Die Hystereuryse ist unter vollkommener Wahrung der Asepsis auch unter den primitivsten Verhältnissen möglich und für die Mutter vollkommen gefahrlos. (1900 No. 18.)

5) W. Grusdew: *Ueber die Anwendung des Calcium-Carbids in der gynaecologischen Praxis.*

Von den chemischen Eigenschaften des Calcium-Carbids ist die wichtigste seine Fähigkeit, schon bei gewöhnlicher Temperatur leicht mit Wasser die Reaction doppelter Zerlegung zu geben, wobei Acetylen und ungelöschter Kalk entstehen. Diese Eigenschaft liess den Stoff auch in der Medicin Anwendung finden, auf die zuerst der französische Arzt A. Guinard im Jahre 1896 hingewiesen hat. Als dann Verf. nach einem Mittel suchte, das sicher die einem verwahrlosten Uteruskrebse eigenthümlichen Symptome entfernte, zugleich sich aber durch völlige Gefahrlosigkeit auszeichnete und anwendbar wäre sowohl bei ambulatorischen Kranken, als auch in der Privatpraxis, kam er auf das Calcium-Carbid. Die Technik beim Anwenden dieses Mittels war folgende: Nachdem er die Kranke in Steinschnittlage am Rande des Operationstisches gelagert hatte, desinficirte er zuerst die äusseren Genitalien und die Scheide, darauf entblösste er mittels Simon'scher Specula oder auch mittels des von Cusco die Vaginalportion, trocknete mit Wattetampon die Scheide und namentlich die Oberfläche der Geschwulst ab und placirte mit einer trockenen Pincette auf die Oberfläche der Neubildung 1—2 Stückchen von Calcium-Carbid, jedes von der Grösse einer Haselnuss. Er presste dann die Stückchen an die Oberfläche des Carcinoms mittels eines Tampons, der aus einer Anzahl Wattebäuschchen bestand. Letztere placirte er so, dass die gesunden Theile der Vagina nach Möglichkeit von der ätzenden Wirkung des sich bildenden ungelöschten Kalkes verschont blieben. Nach beendeter Tamponade entliess er gewöhnlich die Patientin nach Hause. Nach Verlauf von 1—3 Tagen wurde der Tampon herausgenommen, auf das Sorgfältigste mit Sublimat- oder Carbollösung die Vagina ausgespült und zugleich wurden Stückchen von Kalk und abgefallenen Krebsgewebe entfernt. Je nach dem Zustande der Krebsulceration wurde dann die Aetzung wiederholt oder die Kranke mit der Weisung entlassen, sich sofort wieder zur Behandlung einzustellen, sobald von Neuem sich Blutungen, übelriechender Fluor etc. zeigen würden.

Die auf diese Weise erzielten Resultate bewiesen nun, dass Calcium-

Carbid völlig die Achtung der Gynäcologen in inoperablen Fällen von Uteruscarcinom als palliatives Mittel verdient. Bereits nach dessen einmaliger Anwendung werden die losen, blutenden Wucherungen zerstört, sie fallen ab und auf deren Stelle bleibt eine reine Wunde, die kaum oder gar nicht blutet, frei von Zerfall ist und beinahe gar nicht secernirt. Darüber, ob die Behandlung mit Calcium-Carbid irgend eine Wirkung auf den Krebsprocess selbst ausübt, kann sich Verf. auf Grund seiner Beobachtungen, in Folge ihrer verhältnissmässig kurzen Dauer, nicht genauer äussern. Die Anwendung des Mittels ist im Allgemeinen völlig gefahrlos und selten von ungünstigen Nebenerscheinungen begleitet. (1900 No. 24.)

6) A. Theilhaber: *Die Gefahren der Scheidenirrigationen.*

Schädigungen der Gesundheit durch vaginale Einspritzungen können nach Verf. auf folgende Weise zu Stande kommen: 1. Bei sensiblen Frauen kann der Reiz der zu kalten oder zu heissen Flüssigkeiten zu Erscheinungen von Schock, Ohnmacht, Frost, Erbrechen etc., doch wohl niemals zu ernster Erkrankung Veranlassung geben. 2. Bei acuter Reizung des Peritoneums kann die Ausdehnung der Vagina während der Irrigation (namentlich bei engem Vaginalostium und hohem Druck der Flüssigkeit) eine Verschlimmerung der Peritonitis hervorrufen. 3. In sehr seltenen Fällen kann es zum Eindringen der Flüssigkeit in offene Venen kommen. 4. Am bedenklichsten können die Folgen werden, wenn das Rohr des Irrigators durch den offenen Muttermund in den unteren Theil der Cervix gelangt. Meist wird dann durch die grosse Olive des Rohrs der Rücklauf der Flüssigkeit gehemmt. 5. Nicht selten mag Eindringen der injicirten Flüssigkeit in die Tuben und durch diese in die Bauchhöhle vorkommen. 6. Eine weitere Schädigung, die durch die Vaginalirrigation veranlasst werden kann, ist die Begünstigung des Ascendirens der Gonorrhoe durch Hinaufspülung des bacillenhaltigen Eiters.

Um die Gefahren der Scheideneinspritzungen zu verhindern, hält Verf. bei allen Frauen, namentlich aber bei solchen mit weitem Muttermund (kurz nach dem Puerperium etc.) für wichtig die Beschaffung eines geeigneten Mutterohrs. Er hat deshalb ein Vaginalohr anfertigen lassen, dessen Olive an ihrem dicken peripheren Ende keine Oeffnung zeigt; hinter der Olive sind am schmäleren Halse derselben mehrere Oeffnungen angebracht. Hierdurch ist ein Einströmen der Flüssigkeit in die Cervix verhindert. (1900 No. 24.)

7) E. Zeltner: *Ueber die Wirkung des Digitoxin. crystallisat. Merck im Vergleich zu der der Digitalisblätter.*

Verf. hat an einer Reihe von Kranken Parallelversuche mit Digitalisinfus einer- und Digitoxin andererseits angestellt. Er wählte zu seinen Versuchen Personen mit Herzklappenfehlern, Lungenemphysem, Nephritis im Stadium einer mehr oder weniger ausgesprochenen Herzinsufficienz. Was die Dosirung des Digitoxins anlangt, so gab er 3 mal täglich 1 Tablette (@ ¼ mg); nur in einem Fall wurden 4 Tabletten gegeben. Die Tabletten wurden ohne jede Beigabe per os genommen, und

zwar stets nach der Mahlzeit, da sie so besser vertragen werden, als in nüchternem Zustand. Die auf diese Weise gewonnenen Resultate fasst Z. dahin zusammen, dass das Digitoxin crystall. Merck sowohl hinsichtlich der Raschheit, wie auch der Energie und Dauer seiner Wirkung der Mutterpflanze ebenbürtig, ja in einzelnen Fällen selbst überlegen ist. Der Erfolg der Anwendung des Digitoxins per os tritt zwar weniger prompt, aber so sicher ein als bei subcutaner und rectaler Verabreichung; zudem dürften die beiden letzteren Methoden in der Praxis zuweilen Schwierigkeiten begegnen. Die durch das Mittel verursachten gastrischen Erscheinungen sind nicht störender, die Gefahren einer Vergiftung nicht grösser als beim Digitalisinfus. Insbesondere hat sich das Mittel bei Kranken, die früher „periodisch" digitalisirt wurden, bewährt und wurde im Durchschnitt lieber genommen als das Infus. Nach allem verdient das Digitoxin in der Praxis einen Platz neben der Mutterpflanze. (1900 No. 26.)

8) F. Ott: *Ueber den Nachweis des Gallenfarbstoffes im Harne von Herzkranken.*

Durch die Untersuchungen des Verf. zeigte sich, dass bei Anwendung der Gmelin'schen Probe negative Resultate sich ergaben, dass dagegen die verbesserte, empfindlichere Methode nach Salkowski in den meisten Fällen von gelbem Colorit bei Herzkranken positive Resultate lieferte und die Ausscheidung von Bilirubin im Harn erwies. Es ist demnach zweifellos, dass die gelbe Hautfarbe bei derartigen Kranken durch Bilirubinablagerung bedingt ist. Aber auch unter Anwendung dieser verbesserten Methode gelingt der Nachweis des Gallenfarbstoffes im Harn offenbar nicht, wenn dieser sehr viel Eiweiss oder gar Blutfarbstoff enthält oder wenn dem Kranken bestimmte Medicamente, wie z. B. Salol, gereicht wurden. Fällt man das Eiweiss vor Anstellung der Salkowski'schen Probe aus durch Kochen unter Essigsäurezusatz, so bekommt man ausnahmslos ein negatives Resultat. Selbstverständlich bezieht sich dies nur auf solche Harne, die neben einer grösseren Eiweissmenge nur Spuren von Gallenfarbstoff enthalten; offenbar wird bei der Eiweissausfällung der Gallenfarbstoff mit ausgefällt. (1900 No. 27.)

9) K. Walz: *Ueber die normale „respiratorische Leberbiegung" und die Genese der sogenannten Exspirationsfurchen der Leber.*

Verf. fasst seine Untersuchungen dahin zusammen, dass physiologischer Weise bei der Inspiration durch die Abflachung des Zwerchfells, der sich die Leberconvexität anpassen muss, eine Biegung der Leber gleich einem gebogenen Stabe stattfindet, indem die Seitentheile der Leber durch den Luftdruck nach oben gezogen, die Mitte nach unten eingedrückt wird. Die Wirkung dieser Biegung ist eine Compression der oberen, eine Dehnung der unteren Leberhälfte. Die Biegung ist am stärksten ausgesprochen in sagittaler Richtung, entsprechend der physiologisch schwächsten, biegsamsten Stelle, der Furchung der Leberunterfläche. Das Umgekehrte findet bei der Exspiration statt. Es giebt

demnach physiologischer Weise eine „inspiratorische und exspiratorische Leberbiegung"; dieselbe ist von Einfluss auf die Blutbewegung in der Leber. Bei der Exspirationsbiegung wird die gefüllte Gallenblase comprimirt und deren Entleerung begünstigt. Alle Momente, welche eine Abflachung der Zwerchfellkuppe oder einzelner Theile derselben hervorrufen, sind daher, wenn in genügender Stärke einwirkend, geeignet, Abflachungen und schliesslich Einknickungen, Furchen der Leber hervorzurufen. In typischen Fällen verlaufen diese Furchen, die sich auch künstlich vorübergehend herstellen lassen, in sagittaler Richtung, entsprechend der sagittalen Furchung der Leberunterfläche. Die sagittalen Furchen sind demnach Folgen einer pathologisch gesteigerten Leberbiegung, sind weder In-, noch Exspirations- noch Zwerchfellsfurchen, sondern „Biegungsfurchen," (1900 No. 30.)

Centralblatt für innere Medicin

1) M. Freudweiler: *Nachtheilige Erfahrungen bei der subcutanen Anwendung der Gelatine als blutstillendes Mittel.*

F. theilt die Krankengeschichten zweier Fälle von chronisch haemorrhagischer Nephritis mit, in denen direct im Anschlusse an die Injection und zweifellos als Folge davon eine sehr intensive Haematurie und Haemoglobinurie auftrat. Bei beiden Fällen hat sich ausserdem mit dieser Verschlimmerung des Blutverlustes auch eine Verstärkung der Albuminurie gezeigt, die in dem einen Falle sich zwar in kurzer Zeit wieder zum früheren Grade zurückbildete, während der andere Fall eine um mehr als das Doppelte vermehrte Eiweissausscheidung beibehielt. Betreffs der Ursache dieser Verschlimmerung stellt Verf. folgende Vermuthung auf: Die Gelatine oder ihre Spaltungsproducte verlassen wohl durch die Nieren den Körper und reizen dieses Organ vielleicht auf Grund derselben Verhältnisse wie die Peptone. Dass eine an und für sich erkrankte Niere auf jede neue Reizung mit einer Verschlimmerung des Zustandes antwortet, ist zu verstehen, und man kann sich daher vorstellen, dass durch die Gelatine der entzündliche Process in der Niere geradezu wieder zum Aufflackern gebracht wird. (1900 No. 27.)

2) F. Aporti und P. Figaroli: *Zur Lage der acut entstandenen Ergüsse im Herzbeutel.*

Die Verf. sind experimentell der Frage näher getreten, wie bei der acuten Pericarditis die Lagerung und Ausbreitung des Ergusses vor sich zu gehen pflegt und welche Veränderungen die Herzdämpfung dabei erleidet. Sie kamen dabei zu folgenden Schlüssen: 1. Pericardiale Ergüsse sind percutorisch erst nachweisbar, wenn sie 150—200 ccm übersteigen. 2. 650—700 ccm bilden das Maximum, das sich im Herzbeutel ansammeln kann. 3. Bei horizontaler Lage wird die Herzdämpfung proportional der Grösse des Exsudates nach allen Seiten hin in toto verbreitert, bei verticaler Stellung erfolgt die Verbreiterung mehr in der Gegend des Spitzenstosses und am Herz-Leberwinkel. Im ersteren Falle wird die Vorderfläche des Herzens nur theilweise, im zweiten eventuell ganz bedeckt. 4. Bei horizontaler Lage werden die grossen Gefässe schon durch geringe Exsudatmassen umspült, bei verticaler

Stellung bleibt die Herzbasis selbst bei grossen Flüssigkeitsansammlungen frei. (1900 No. 29.)

3) G. Rosenfeld: *Beiträge zur Pathologie des Alcohols.*

Verf. hat seine Untersuchungen im Gegensatze zu früheren Experimentatoren an hungernden Hunden angestellt. Vom 6. oder 7. Hungertage ab bekamen die Hunde 3,5—4,0 ccm 96procentigen Spiritus in reichlichem Wasser 1—2 mal täglich durch die Schlundsonde eingegossen. Sie waren, wie es alle anderen Autoren ebenfalls gesehen haben, dadurch sehr betrunken und meist während der ganzen Versuchsreihe sehr prosternirt. Die Thiere wurden dann nach einer möglichst langen Vergiftungszeit vor dem spontanen Exitus getödtet; die Leber wurde sofort entfernt, ein Theil auf Glycogen nach Külz verarbeitet, der Rest fein zerschnitten, getrocknet, gemahlen und 4 Stunden am Extractionsapparate nach Soxhlet mit Aether extrahirt. Die Resultate der Untersuchungen sind: 1. Beim Hungerthiere tritt auf eine mehr als viermalige Einzelngabe von 3½—4 ccm Alcohol pro Körperkilo eine Leberverfettung von ca. 22 Procent auf. 2. Die Leber dieser Thiere ist äusserst glygogenarm. 3. Die Zufütterung von Rohrzucker zu Alcohol verhindert die Verfettung der Leber. (1900 No. 42.)

4) C. Binz: *Die Wirkung des Destillats von Kaffee und Thee auf Athmung und Herz.*

Das Ergebniss von 21 in dieser Beziehung von Verf. angestellten Versuchen ist folgendes: 1. Das coffeinfreie Destillat des gerösteten Kaffees hatte eine deutlich steigernde Wirkung auf die Grösse der Athmung beim Menschen. 2. Sie wurde besonders dann sichtbar, wenn der Mensch mehrere Stunden vorher ohne Nahrung geblieben. 3. Sie war nicht von langer Dauer. 4. Sie war die Folge eines Steigens der Athemzahl (Frequenz), nicht einer Vertiefung der einzelnen Züge. 5. Auch an Hunden, die durch Weingeist vollkommen gelähmt waren, zeigte sich die Aufbesserung des Athmens. 6. Muskelunruhe und gelinde psychische Erregung waren ebenfalls die Folge der Aufnahme des Kaffeedestillats. 7. Die Pulsfrequenz des gesunden Menschen wurde durch das Kaffeedestillat nicht verändert. 8. Das Destillat eines guten chinesischen Thees ergab am Menschen dasselbe, nur weniger stark. 9. Die Angabe von K. B. Lehmann, dass den aromatischen Bestandtheilen des Kaffeeaufgusses selbst in grossen Gaben eine mit gröberen Mitteln nachweisbare physiologische Wirkung auf das Gehirn oder die Muskeln nicht zukomme, ist jedenfalls in dieser allgemeinen Fassung nicht zutreffend. 10. Man wird also sagen müssen, dass die erregenden Eigenschaften des ganzen Kaffee- oder Theeaufgusses vom Coffein und den im siedenden Wasserdampfe flüchtigen Bestandtheilen abhängen, am meisten allerdings, wenn man die Ergebnisse der alten und neuen Untersuchungen vergleicht, vom Coffein. (1900 No. 47.)

Centralblatt für Chirurgie

1) G. Lotheissen: *Zur operativen Behandlung der Dupuytren'schen Contractur.*

Da die Operationsverfahren von Busch, Reeves, Gersuny,

Kocher u. A. nicht ohne Nachtheile sind, hat L. nach einer Schnittführung gesucht, bei der 1) die Narbe nicht über die Sehnen fiele und 2) ein bei der Streckung der Finger etwa entstehender Hautdefect nicht zu neuer Narbencontractur führen könne. Die Dupuytren'sche Contractur betrifft den 5. und 4. Finger allein oder doch hauptsächlich. Um daher diesen Forderungen zu genügen, muss der Schnitt seitlich an einer Stelle geführt werden, die bei Beugung und Streckung im Metacarpophalangealgelenke sich nicht viel verschiebt, also am ulnaren Rande über den Ligamenta lateralia. Er muss etwa bis zum 1. Interphalangealgelenke hinabreichen und zieht dann proximalwärts am ulnaren Rande des Antithenar bis etwa zur Höhe des Ligamentum carpi transversum volare, wo er im Bogen zum Thenar übergeht. Der dadurch begrenzte volare Lappen wird nun vorsichtig abpräparirt, so zwar, dass man die Palmaraponeurose von der Haut und zugleich von der Unterlage abträgt. (1900 No. 30.)

2) J. Dollinger: *Die intrakranielle Entfernung des Ganglion Gasseri ohne Unterbindung der Arteria meningea media.*

Das Ganglion Gasseri kann ohne Unterbindung der Arteria meningea media entfernt werden. Beweis dafür sind die nach dieser Methode von D. operirten 5 Fälle. Die Operation wird durch das Wegbleiben dieser Unterbindung abgekürzt und die daraus entspringenden Complicationen bleiben aus. 2. Der vordere Stamm der Arteria meningea media liegt in mehr als der Hälfte der Fälle an der vorderen unteren Kante des Os parietale in einem geschlossenen, knöchernen Canal und nur in der kleineren Hälfte in einer offenen Rinne. Nichtsdestoweniger stammt aus dieser Lage doch nur ausnahmsweise eine heftige Blutung. 3. Es liegt daher nicht genügender Grund vor, in einem jeden Falle von Entfernung des Ganglion Gasseri präventiv die Carotis externa freizulegen. (1900 No. 44.)

3) O. Witzel: *Die Pyelocystostomose zur Behandlung der Hydronephrose.*

Das Verfahren ist folgendes: In tiefer Narcose und Beckenhochlagerung wird ein 60—80 cm langer Nélatoncatheter in die Blase gelegt und diese extrem gefüllt, nachdem der grosse seitliche Schnitt, der sonst zur Ligatur der Iliaca communis dient, ausgeführt wurde. Durch eine Reihe von Catgutnähten wird die Harnblase oben auf der Beckenschaufelaushöhlung fixirt: sie liegt nach Ablassen ihres Inhaltes als langer Schlauch da. Der hydronephrotische Sack wird mit Klemmpincetten oder mit nicht durchgreifenden Nähten an tiefster Stelle gefasst, hier punctirt und dann mit Hülfe der Pincetten bezw. Nähte nach unten hin dütenförmig ausgezogen. Die Einpflanzung der Dütenspitze in die Harnblase geschieht unter Bildung einer Oeffnung von ca. 1 cm Durchmesser mit exacter Schleimhautumsäumung, und zwar so, dass der Nélatoncatheter vor Vernähung der vorderen Umwandung von der Blase her in den Nierenbeckensack gelegt und in seiner Lage an der Neostomose durch eine Catgutnaht gesichert wird; sein äusseres Ende wird mit einem längeren Schlauche verbunden, der in einen Behälter mit antiseptischer Flüssigkeit führt. (1900 No. 47.)

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York.

17 West 43. Strasse.

Sitzung vom Montag, den 1. October 1900

Präsident Dr. Hermann G. Klotz eröffnet die Sitzung um 8¼ Uhr, indem er die Anwesenden nach den Sommerferien herzlich willkommen heisst.

Secretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protokoll der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird.

VORSTELLUNG VON PATIENTEN UND DEMONSTRATION VON PRAEPARATEN.

Dr. Karl Dauber: Ich will Ihre Aufmerksamkeit nur auf kurze Zeit in Anspruch nehmen, um Ihnen ein Blutpräparat zu demonstriren, das allerdings bei diesem gelben Licht kein so klares Bild giebt, wie bei Tageslicht. Es handelt sich um einen Fall acuter Leukämie bei einer Dame, 63 Jahre alt, die seit längerer Zeit an drückenden Schmerzen in der rechten Bauchseite litt, seit einigen Wochen auch in der linken. In diesen letzten Wochen magerte Patientin auch langsam ab, wurde sehr blass und leidet jetzt viel an Schwindel, Gliederschmerzen, Herzklopfen und Schwächeanfällen. Ebenso sind unregelmässige Blutungen (Suggillationen) unter die Haut aufgetreten, und vor einigen Tagen hatte sie sehr stark und anhaltend aus dem intacten Zahnfleische geblutet. Secundäre Congestionen und dyspeptische Erscheinungen von Seiten des Magens hatten bei Obstipation schon lange bestanden, sonst war Patientin immer gesund gewesen. Ich fand eine etwas abgemagerte, wachsbleiche Frau, mit schlaffem Panniculus und indolenten Drüsenschwellungen. Ueber den Körper verstreut waren eine Menge grösserer und kleinerer cutaner Blutungen in allen Zuständen der Verfärbung und Resorption. Die grösste Blutung betraf die linke Wade fast in ihrer totalen Ausdehnung. Ich hatte demnach eine Haemophile vor mir. Aber was war die Ursache dieser plötzlich nur nach kurzen Vorboten auftretenden und unter leichten Fieberschwankungen bestehenden Haemophilie? Der weitere Status zeigte normale Lungen, am Herzen ein weiches, anämisches systolisches Geräusch an der Spitze und der Pulmonalis und nichts bei äusserer Untersuchung an Magen, Darm und Nieren. Dagegen war die Leber im Ganzen stark vergrössert. Sie reichte in der rechten, vorderen Axillarlinie bis 2 Querfingerbreit zur Crista ossis ilei und ging von da ab in der normalen Richtung quer nach links und oben, wo sie sich innig an die stark vergrösserte, den Rippenrand etwa 3—4 Fingerbreit überragende Milz anlegte. Die Milz konnte bei der rechten Seiten-Rückenlage unter grossen Schmerzen von der Leber weggeschoben und der Hilus der Milz palpirt werden. Beide Organe waren stark druckempfindlich, ihre Oberfläche glatt, die Consistenz etwas vermehrt, ohne

direct hart zu sein, der Rand, insbesondere der Leber, etwas stumpfer als normal. Der Urin enthielt kein Eiweiss, Zucker, Bilirubin, Urobilin, aber ausserordentlich viel Indican. Es war demnach wahrscheinlich geworden, dass Eiweisszerfall im Körper bestand, da zur Zeit keine Obstipation bestand. Die eigenartigen Veränderungen der Leber und Milz, besonders der starke Druckschmerz in der Milz, der kurze und rasche Verlauf, die Haemophilie und besonders die Blutung aus dem intacten Zahnfleische leiteten mich sofort auf den Verdacht einer Erkrankung des Blutes, da alle anderen objectiven Zeichen für eine acute, genuine Lebererkrankung fehlten, denn der Pfortaderkreislauf zeigte keine Störungen, es wurden keine Gallenfarbstoffe, weder Bilirubin, noch Urobilin ausgeschieden, es war keine Spur von Icterus vorhanden und endlich die Milz war viel zu gross und druckempfindlich für eine Stauungsmilz. Von Erkrankungen konnte es sich nur um eine acute, lienale Leukämie handeln, und die 2 Tage später angeschlossene Blutuntersuchung bestätigte diese Diagnose: Der Haemoglobingehalt war 50 Procent, Zahl der Erythrocyten 2,940,000, die der Leukocyten 45,600, hauptsächlich kleine Lymphocyten. Das Verhältniss von weissen zu rothen Blutkörperchen war etwa 1:65. In den gefärbten Präparaten sieht man, dass die Hauptveränderungen die Leukocyten betreffen. Die rothen Blutkörperchen zeigen zwar sehr leichte Poikilocytose, allein die Leukocyten zeigen eine starke Vermehrung, hauptsächlich der kleinen Lymphocyten, deren meist grosser, das Protoplasma fast vollkommen erfüllender Kern bei dem sich stärker als bei anderen Leukocyten färbenden Protoplasma öfter die Unterscheidung von Normo- oder Macroblasten schwer machen kann. Dass es sich im vorliegenden Falle um Leukocyten handelte, ist leicht und sicher durch die Zählung der Leukocyten in 0.5 Procent Essigsäurelösung (Gentiana — gefärbt) bewiesen, die die Erythrocyten zerstört. Ich kann Sie nicht mit genaueren Literaturangaben aufhalten, nur gestattet sei mir zu erwähnen, dass Ebstein 1881 siebenzehn Fälle sammelte, und A. Fränkel 1895 zehn weitere Fälle mittheilte. Auch in neuerer Zeit sind mehrere verdienstvolle Arbeiten erschienen. Liest man diese Mittheilungen, so fällt die ausserordentliche Uebereinstimmung der Symptome mit dem vorliegenden Falle auf, die Gliederschmerzen, Schwindelanfälle, das Herzklopfen, und vor Allem die Schmerzen in der Milz und die Blutungen (Netzhauthaemorrhagien) und ganz besonders die Blutungen aus dem Zahnfleische sind als geradezu characteristisch für diese Krankheit anzugeben. Drüsenschwellungen sind immer vorhanden, sie treten jedoch nie besonders stark hervor. Die Milzschwellung wurde nie vermisst, nur Ebstein fand sie einmal nicht vergrössert. Die Anämie ist meist hochgradig, die Temperatur verhält sich verschieden, die Dauer der Erkrankung schwankt zwischen 2½ und 9 Wochen etwa, die Prognose ist absolut schlecht. Auch die Berichte der Blutbefunde melden übereinstimmend, dass die Lymphocyten vermehrt sind, und zwar hauptsächlich die kleinen, bei denen der dunkle Kern fast das ganze Protoplasma anfüllt. Die Kerne sind bei Haematoxylinfärbung gewöhnlich tief dunkelschwarz gefärbt. Die eosinophilen Zellen sind gewöhnlich nicht vermehrt, ihre Zahl ist im Gegentheil eine sehr geringe, ebenso wie die der kernhaltigen Erythrocyten. Was nun die

kleinen Lymphocyten betrifft, so werden sie als die jugendlichen Formen der Leukocyten angesprochen. Demnach haben wir es mit einer Krankheit zu thun, bei der nicht blos die Proliferation der Leukocyten besonders rege ist, sondern zugleich der Eintritt der neugebildeten Elemente aus ihren Bildungsstätten in das Blut so schnell erfolgt, dass daß letztere mit jugendlichen Leukocyten geradezu überschwemmt wird. Der Ausgang des Falles bestätigte die traurige Prognose rasch, indem die Patientin einige Tage nach der Untersuchung plötzlich unter den Erscheinungen einer Gehirnblutung (nach Angaben des behandelnden Arztes) zu Grunde ging.

Discussion. Dr. Max Einhorn: College Dauber sagte, das Verhältniss der weissen zu den rothen Blutkörperchen sei wie eins zu sieben gewesen. Er sagte, es seien 2,000,000 rothe Blutkörperchen da gewesen und 47,500 weisse. Dann kann doch das Verhältniss nicht wie eins zu sieben gewesen sein. Ich muss sagen, dass das Präparat, wie ich es unter dem Microscop gesehen habe, mir nicht characteristisch für Leukämie zu sein scheint. Die Anzahl der weissen Blutkörperchen ist auch zu gering. Ich glaube, dass ich auch bei diesem Licht im Stande wäre, die weissen Blutkörperchen zu erkennen. Auch das Verhältniss, wie es Dr. Dauber bestimmt hat, passt nicht recht dazu. Ich bin also in Bezug auf die Diagnose noch im Zweifel, ob es sich wirklich um einen Fall von acuter Leukämie gehandelt hat.

Dr. Rud. Denig (Patientinnen vorstellend): Wie ich in diesem Fall von hochgradiger Kurzsichtigkeit die Entfernung der durchsichtigen Linse auf dem rechten Auge ausgeführt habe, zeigte ich Ihnen bereits vorigen Winter. Ich will Ihnen nun das Resultat der Operation auf dem linken Auge mittheilen und habe deshalb die Patientin gebeten, heute Abend hierher zu kommen. Damals konnte ich constatiren, dass als Resultat der Operation das Sehvermögen des rechten Auges auf ein halb ohne Gläser gestiegen war. Auf dem linken Auge ist das Sehvermögen noch befriedigender, indem hier ohne Glas zwei Drittel der normalen Sehschärfe erzielt wurde. Ich habe seitdem noch drei weitere Augen wegen hochgradiger Kurzsichtigkeit operirt, eines bei einem 18-jährigen Clerk, bei dem das Sehvermögen von ein Sechstel auf einhalb bis zwei Drittel stieg mit geringem Convexglas, und diese Patientin hier, welche nur ein Zehntel der normalen Sehstärke aufwies, besitzt heute auf dem rechten operirten Auge normale Sehschärfe, bei Convexglas von 1.25. Ich habe nicht die Absicht, Ihnen heute Abend die Ansichten über Myopie-Operation, die ich Ihnen bereits vorigen Winter auseinandergesetzt habe, wieder vorzuführen; ich möchte nur auf einen anderen Punkt zurückkommen. Ich habe damals erwähnt, dass die Verlustliste bei Myopie-Operationen 5 Procent betrage. Ich möchte dazu bemerken, dass im ersten Enthusiasmus über Myopie-Operation eine Reihe von Fällen operirt wurde, die man heutzutage gar nicht mehr einer Operation unterziehen würde. Die Indicationsstellung ist seit den letzten zwei Jahren von fast allen Operateuren ausserordentlich eingeschränkt worden, und bin ich überzeugt, es wird, wenn man diese Indicationsstellung, wie sie momentan vorherrscht, beibehält, die Verlustziffer bedeutend herabsinken, so dass angesichts der glänzenden Resultate, welche

die Operation in geeigneten Fällen giebt, man die Operation nicht blos empfehlen darf, sondern sogar muss.

Dr. Max Einhorn (Apparat demonstrirend): Dr. Boas hat vor ein paar Wochen in der Deutschen Med. Wochenschrift ein Stuhlsieb beschrieben. Dasselbe besteht aus einem doppelten Sieb und einer Vorrichtung, wonach vermittelst eines Schlauches das Wasser hineinlaufen kann. Man muss dann mit einem Glasstab die Faeces rühren, und in 15 bis 20 Minuten ist die ganze Procedur fertig. Der Zweck ist, gröbere Substanzen, die im Kote sind, aufzufinden, wie Calculus, Gallenstein, dann fremdartige Substanzen, Parasiten und auch einfach gröbere Bestandtheile von Speiseresten, die nicht fein zerkleinert wurden. Ich habe mich auch schon lange Zeit damit beschäftigt und dazu einen Apparat benutzt, der, wie ich glaube, zweckmässiger ist als der von Boas, und ich habe mir erlaubt, denselben mitzubringen, um ihn Ihnen zu demonstriren. Er erfüllt denselben Zweck, die Faeces einer Untersuchung zu unterwerfen, ob gröbere Bestandtheile darin sind oder nicht. Der Apparat besteht, wie Sie sehen, aus einem einfachen Mehlsieb, wie es die Frauen in der Küche benutzen, einem Gestell und einem Deckel. Ich möchte hinzufügen, dass diese Untersuchung einen practischen Werth hat. In normalem Zustande bleiben sehr wenig Rückstände zurück. Alles geht durch, und man bemerkt nur ein paar kleine Stücke Cellulose, weiter nichts. Aber in Fällen, wo es sich um Störungen im Darm handelt, findet man zuweilen Fleischstückchen, Sehnenstückchen u. s w. Natürlich wird man gröbere Substanzen, wie z. B. Fruchtkerne, die mit heruntergeschluckt wurden, auch im normalen Zustand finden. Ich habe neulich die Faeces einer Dame untersucht, die allerdings an Magencatarrh litt, und da zeigte sich, dass eine grosse Menge, ungefähr 60 Apfelsinenkerne sich darin fanden. Alles andere ging durch. Der Apparat eignet sich ausserordentlich für diesen Zweck.

Dr. Max Einhorn (Patientin vorstellend): Ich habe diese Patientin nicht erwartet, aber wenn Sie mir gestatten, werde ich sie vorstellen Dieselbe gehört zwar nicht eigentlich zu meinem Vortrag, aber sie repräsentirt etwas ähnliches. Auch bei ihr wurde die Diagnose eines Tumors im Leibe gestellt, und zwar nicht nur von einem, sondern von mehreren Aerzten. Sie war auch in einem bekannten Hospital, und da wurde ihre Krankheit, wie sie erzählt, als Tumor betrachtet, der eine Operation erfordere. Sie wollte sich aber nicht operiren lassen und kam dann zu mir. Ich untersuchte nun die Patientin und muss sagen, dass es sich hier einfach um einen Fall handelt, wie ich ihn schon vor einem Jahr vorgestellt habe, nämlich um eine Ptose der Leber, Wanderleber, wo die Leber also tief liegt und infolgedessen den Anschein erweckt, als ob ein Tumor auf der rechten Seite vorliege. Ausserdem hatte sie leichte gastrische Erscheinungen, Schmerzen, Erbrechen, aber im Ganzen sind diese Erscheinungen nicht von grosser Bedeutung.

Vortrag von Dr. Max Einhorn: Ueber scheinbare Tumoren des Abdomens.

Discussion. Dr. John Schmitt. (Siehe nächste Nummer.)

Dr. A. Jacobi: Ich schliesse mich den trefflichen Bemerkungen

von Dr. Schmitt mit Vergnügen an. Er hat von Colon, Pancreas, Wanderniere gesprochen. Es giebt noch eine Anzahl anderer Dinge. Ich weiss eben nicht, ob Dr. Einhorn die Absicht gehabt hat, sich über den Gegenstand im Allgemeinen zu verbreiten und ob es deshalb in der Ordnung ist, etwas hinzuzufügen. Dr. Schmitt hat das gethan, und ich will in derselben Weise etwas fortfahren. Ich habe vor einer Reihe von Jahren im Deutschen Hospital einmal die Diagnose eines tiefliegenden Krebses gemacht, der in der Mittellinie lag, nicht schmerzhaft war, eine Zeit lang zu wachsen schien und der sich bei der Autopsie als ein gewaltiger Gallenstein erwies mit entzündlicher Schwellung des umliegenden Gewebes. Es sind wahrscheinlich andere Herren hier, denen das passirt ist oder denen solche Fälle aus der Literatur bekannt sind. In derselben Gegend kommen Geschwülste vor bei Fetten oder Mageren, die als intraperitoneale Geschwülste imponiren und die Geschwülste der Bauchwand selber sind. Es ist nicht immer leicht, sie von einander zu unterscheiden. Die Colon-Geschwülste halte ich für sehr wichtig, und deshalb betone ich sie noch einmal, obwohl Dr. Schmitt es schon gethan hat. Sie sind ausserordentlich häufig, und wie Dr. Einhorn von seinem Fall zu reden anfing, Geschwulst in der Mittellinie, etwas oberhalb des Nabels, dachte ich mir, das ist eine Erweiterung des Colons mit Anfüllung von Faeces und dachte an das alte Sprichwort „Qui bene purgat bene curat." Eine tüchtige Dose Ricinusöl würde wahrscheinlich eine derartige Geschwulst beseitigt haben. Dann kommen Geschwülste in der Bauchwand vor, die gelegentlich auch für intraperitoneal gehalten worden sind. Das sind grosse Haematome, deren Folgen von langer Dauer sind, entzündliche Geschwülste, wie sie im Sternocleidomastoideus vorkommen bei Neugeborenen oder bei Buben von 8 bis 12 Jahren während des Drachensteigenlassens u. s. w. Solche Geschwülste bei Neugeborenen bleiben bisweilen für immer, und so kommen Haematome vor in dem Rectus abdominalis, gelegentlich auch in den anderen Muskeln, die sehr lange als Geschwülste imponiren können. Dann habe ich mich einmal sehr getäuscht in Bezug auf eine Geschwulst, die etwas seitlich von der Mittellinie lag, oberhalb der Symphyse bis nah an den Nabel hinauf. Die Geschwulst schien stationär zu sein und blieb so lange Zeit. Wie ich den Catheter in die Blase führte, fand sich, dass es sich um doppelte Blase handelte mit gelähmten Wandungen. Ich kam auf die Idee, die Blase zu untersuchen, einfach deshalb, weil sich ein bischen Eiter im Urin fand. Es fand sich Blasenlähmung, in einer Vesica duples. Und was uns in der allgemeinen Praxis am häufigsten passirt, sind die von alters her bekannten Phantomtumoren, die bei hysterischen Weibern vorkommen, vorzugsweise nicht im Epigastrium, meist im Hypogastrium, in der Uteringegend, in der Adnexgegend. Da finden sich ganz häufig grosse Geschwülste, die stationär sind, monatelang dauern können und mit denen es nicht immer leicht ist diagostisch fertig zu werden. Die sind mitunter so gespannt, dass sie keinen tympanitischen Ton mehr geben und deshalb so leicht täuschen können. Ich denke mir, das muss sehr häufig sein, denn ich habe solche Fälle nicht sehr selten gesehen. Man kann die Diagnose in der Regel nur machen, wenn sich mehrere hysterische Erscheinungen

nebeneinander finden, wie z. B. locale Hyperästhesie oder Anästhesie. Dann ist die Diagnose unter Chloroform zu machen. Man kann aber nicht alle chloroformiren, noch weniger aetherisiren. Unter Chloroform werden solche Tumoren ohne weiteres als das zu erkennen sein, was sie sind. Oder aber man legt solche Patienten in ein warmes Bad, sage von 100° und lässt heisses Wasser zugiessen bis zu 106, 108 oder 110° F. Man lässt sie 10 Minuten drin, und in solchen Fällen ist es dann möglich, die Geschwülste weich werden oder auch beseitigt zu sehen. Ich habe mich vor einigen Jahren mit einer Tumordiagnose einmal sehr getäuscht. Es handelte sich um eine sehr fettleibige Person, die behauptete, sie habe im letzten halben Jahr 30 bis 40 Pfund abgenommen. Sie wog zur Zeit mindestens 225 Pfund. Sie war sehr schwer zu untersuchen, aber ich war sicher, dass es sich bei ihrem Zustand, der behaupteten Abnahme des Gewichts, und nach dem Ergebniss der Untersuchung, nicht um perniciöse Anämie handelte, sondern dass es sich höchst wahrscheinlich, da etwas wie eine Geschwulst zu fühlen war, um Krebs handelte, und meine Diagnose war bestimmt Krebs, den ich aber nicht localisiren konnte. Etwas von der Mittellinie im Epigastrium fand sich eine dicke, harte, etwas knotige Masse, die ich, wie ich glaubte, in die Tiefe verfolgen konnte und die mir als Krebs der Gallengegend, vielleicht der Gallengänge imponirte. Wie es zur Section kam, war nichts davon da, und die Geschwulst bestand in nichts weiter als unregelmässig deponirtem Fett. Es war eine dicke Schicht von ¾ Zoll und vielleicht mehr Fett vorhanden auf der rechten Seite, und es fühlte sich entschieden an wie eine Geschwulst, die ich in die Peritonealhöhle verlegte, während sie ganz ausserhalb lag. — Dr. Daniel Cook: Ich möchte noch eine Art Tumoren nenen, die infolge von entzündlichen Adhäsionen entstehen und die solche Vermuthungen verursachen, dass man sicher glaubt, einen Tumor zu haben. Dr. Beck wird sich eines Falles erinnern, wo wir sicher glaubten, dass es eine Geschwulst war, und wo es sich um weiter nichts als Adhäsionen handelte. Der Mann hatte Ascites gehabt, aber nach der Entleerung konnte man durch die schlaffe Bauchwand deutlich diesen Tumor fühlen, der aus weiter nichts als alten Adhäsionen und Verdickungen bestand. — Dr. A. V. Moschcowitz: Wie mir scheint, wird diese Discussion jetzt über Tumoren des Abdomen geführt. Das angekündigte Thema war scheinbare Tumoren des Abdomen. Es hängt alles davon ab, was man einen Tumor nennt. Man kann ein Carcinom einen Tumor nennen. Wenn aber das Thema heisst scheinbare Tumoren, da sollte man doch auch nur von solchen Tumoren sprechen, welche wirklich scheinbare sind, mit anderen Worten Tumoren, die sich manchmal als Tumoren anfühlen und zu anderen Zeiten gänzlich verschwinden. Solche Tumoren wären z. B. spastische Contractur des Rectus oder ein geblähter Darm. Ich habe vor Kurzem einen Patienten gesehen, wo in einem Theil des Abdomens bei der ersten Untersuchung ein Tumor zum Vorschein kam. Wenn man einige Minuten wartete, verschwand er vollständig, und die Ursache war ein ganz kleiner, nicht fühlbarer Tumor im obersten Theil des Mastdarms. Unter scheinbaren Tumoren im strengen Sinn sollte man nur solche Tumoren verstehen, welche zu manchen Zeiten existiren

und zu anderen nicht. Ich würde z. B. einen prolabirten linken Leberlappen keinen scheinbaren Tumor nennen, sondern einen prolabirten linken Leberlappen. Ich würde eine Verdickung der Bauchspeicheldruse keinen scheinbaren Tumor nennen, denn dort ist ein Tumor vorhanden oder Exudate oder Extravasate; eine Wanderniere würde ich eine Wanderniere und nicht einen scheinbaren Tumor nennen. Das sind keine scheinbaren Tumoren, das sind wirkliche Tumoren. Es muss nicht jeder Tumor eine maligne Geschwulst sein. Es ist ein Tumor, sobald etwas fühlbar ist, was nicht normal ist. — Dr. August Seibert macht auf die Möglichkeit aufmerksam, Abscesse mit verkalkten Wänden (namentlich in der rechten Unterleibshälfte) mit Tumoren zu verwechseln und illustrirt dieselbe an einigen Beispielen. — Dr. Carl Beck: Das Thema des Collegen Einhorn ist jedenfalls mit grosser Freude zu begrüssen. Wenn wir uns aber an demselben in dieser Form weiter delectiren wollen, so würde, glaube ich, ein ganzes Jahr nicht ausreichen. Mit der Discussion der Unterleibstumoren könnte man in der That viele Bände füllen. Wer von uns hat nicht schon unzählige Irrthümer bei seinem Versuch, eine Unterleibsgeschwulst zu diagnosticiren, gemacht! Ich glaube nicht fehl zu gehen, wenn ich annehme, dass selbst bei unseren heute so sehr entwickelten Untersuchungsmethoden mindestens ein Drittel aller complicirten Unterleibsdiagnosen noch mehr oder minder modificirt werden müssen, — um mich vorsichtig auszudrücken. Zu den Ausführungen des Herrn Dr. Seibert möchte ich bemerken, dass mir scheint, dass die Tumoren, die er beschrieb, subphrenische Abscesse waren. Wenn solche Abscesse lange bestehen, verdickt sich der Eiter, verkäst womöglich, und die Consistenz der Geschwulst ist dann eine ausserordentlich harte. Erst beim Einschneiden findet man dann, dass es sich nicht um eine solide Geschwulst, sondern schlechtweg um einen Abscess handelte. Ich möchte ferner hervorheben, dass eine Hautröthe kein Tumor ist. Der Sprachgebrauch versteht unter Tumor eine Geschwulst im Sinne einer Afterbildung, während man von einer Tumescenz spricht wenn es sich um eine entzündliche Anschwellung handelt. Freilich heisst tumere ebensowohl anschwellen, als tumescere, aber der Sprachgebrauch ist ja bekanntlich ein Tyrann.

Dr. Max Einhorn (Schlusswort): Ich freue mich sehr, dass das Thema so ausgebreitet wurde. Damit war mehr Gelegenheit zur Discussion gegeben, und alles, was die Herren gesagt haben, war ja sehr belehrend. Aber ich muss doch zu meiner Entschuldigung auf das Thema hinweisen. Ich habe über scheinbare Tumoren des Abdomens sprechen wollen. Nun möchte ich aber auf das eingehen, was die Herren im einzelnen bemerkt haben. Dr. Schmitt führte Faecaltumoren an. Nun, meine Herren, das ist ein definitiver Begriff. Jeder weiss, was das ist, und den habe ich eben nicht als scheinbare Geschwulst bezeichnet. Das ist eine wirkliche Geschwulst. Eine Darmschlinge, mit hartem Koth gefüllt, was den Eindruck macht, als ob eine Geschwulst vorliegt, wird eben als Faecalgeschwulst bezeichnet. Ich weiss wohl, dass dies zu Fehldiagnosen Anlass giebt. Was die Wanderniere betrifft, so habe ich ausdrücklich im Vortrag gesagt, dass Wanderniere

als solche, Wanderleber als solche nicht in den Bereich des Vortrages gehören, weil dieselben leicht erkannt werden und ich sie nicht für scheinbare Tumoren halte. Was das Pancreas betrifft, so stimme ich mit Herrn Dr. Schmitt überein, dass dasselbe unter günstigen Umständen gefühlt werden kann, aber wenn es gefühlt werden kann, dann hat derjenige, der ein wenig Erfahrung darin hat, auch gleich die Einsicht, dass es sich um das Pancreas und nicht um einen Tumor handelt. Ich meine, das ist in den meisten Fällen leicht auszufinden, und deshalb bin ich auch darauf nicht eingegangen. Herr Dr. Jacobi sagte, dass er bei dem Vorlesen meiner Krankengeschichte gleich an einen Faecaltumor gedacht habe. Nun, das gehört ganz genau in mein Thema hinein. Ich hielt das für eine scheinbare Geschwulst, nicht durch Faecaltumor bedingt. Ich glaube, die Patientin, die ich vor 2 bis 3 Jahren in einer Sitzung bei Dr. Jacobi vorgestellt habe, stellte etwas Aehnliches dar. Bei ihr lag auch der Tumor ziemlich in der Mittellinie, ziemlich dicht unter dem Processus ensiformis, und damals schon entstand die Frage, wodurch ist dieser Tumor bedingt, und ich sagte schon damals, dass ich das nicht mit Sicherheit angeben kann, aber dass der Tumor höchst wahrscheinlich der linke Leberlappen sei, aber ich sagte auch schon damals, dass diese scheinbaren Tumoren verschiedener Herkunft sein können. Weshalb man sie nicht als Faecaltumoren ansehen kann, liegt daran, dass sie sich nie verändern. Sie können den Patienten Abführmittel geben, die Tumoren werden sich aber nicht ändern. Das war der Fall mit dem Fräulein C., welches damals bei Dr. Jacobi war und das ich monatelang unter Beobachtung gehabt habe und später in verschiedenen Vorlesungen der Post Graduate Medical School vorgestellt habe. Von einer Kothstauung war bei ihr nicht die Rede. Ausserdem haben doch diese Faecaltumoren grösstentheils gewisse Kennzeichen an sich. Man ist im Stande, die Kothmasse zu verschieben u. s. w., während hier die Gestalt immer dieselbe bleibt. Dr. Jacobi hat ein Haematom in den Bauchdecken angeführt. Das ist gewiss sehr interessant, aber auch andererseits ein wirklicher Tumor. Er hat auch auf die Phantomtumoren hingewiesen, und es ist mir sehr lieb, dass er das gethan hat. Ich habe absichtlich meine Fälle nicht Phantomtumoren genannt, um das, was ich haben will, von dem zu unterscheiden, was als Phantomtumor bekannt ist. Die letzteren liegen eben grossentheils in der unteren Hälfte des Leibes und sind durch grosse Ansammlung von Gasen gewöhnlich bei hysterischen Frauen durch partielle Contraction des Darms bedingt. Die Fälle, die ich meine, sind eben nicht durch denselben Umstand bedingt, sondern da findet man eine Geschwulst vor in der oberen Bauchhälfte, die manche Kennzeichen eines Neoplasma an sich trägt und doch kein Neoplasma ist, und das ist die Hauptsache für uns, zu wissen, liegt eine Neubildung vor oder nicht. Ob diese Geschwulst bedingt ist durch abnormale Lage der Eingeweide oder durch eine abnormale Lage der Bauchmuskeln oder durch leichte Verdickung der Aorta, das ist alles für uns ziemlich gleichgültig, denn sobald die Geschwulst eben scheinbar ist, wenn kein wirkliches Neoplasma vorliegt, brauchen wir das nicht zu behandeln, und darin liegt der Kernpunkt der Sache. Und dieses Material habe ich eben aus mei-

nen Büchern heraus zusammengestellt. Diese Fälle geben gerade häufig zu Fehldiagnosen Veranlassung. Ich habe aber nicht alle Fehldiagnosen von Bauchtumoren zusammenstellen wollen. Dazu bin ich nicht fähig genug, und wir würden uns vielleicht eine ganze Woche dabei aufhalten müssen. Herr Dr. Jacobi hat auch auf Narcose aufmerksam gemacht. Das ist ein wichtiger Punkt, und ich bin auf diesen Gegenstand nicht eingegangen, obwohl ich wusste, dass wir eventuell im Stande sein werden bei Narcotisirung eine Bauchcontractur von gegebenen Muskeln zu erkennen. Der Kernpunkt ist aber der, dass in den meisten meiner Fälle diese scheinbaren Geschwülste nicht durch Contractur der Bauchmuskeln bedingt waren. Ausserdem sind manche Personen, wie aus der Literatur bekannt, narcotisirt und operirt worden, und obwohl während der Narcose die Geschwulst noch zu fühlen war, fand sich nachher nichts. Das zeigt, dass die Narcose an und für sich nicht überall das richtige zeigen wird. Und dann können wir nicht gleich jeden narcotisiren, um auszufinden, ob etwas vorhanden ist. Dr. Jacobi hat auch das Bad angeführt, und ich bin auch überzeugt, dass in manchen Fällen die Palpation etwas mehr leisten wird im Bade, aber so sehr viel wird das nicht sein. Ein Lipom, das für ein Carcinom gehalten wurde, ist sehr leicht zu begreifen und sehr lehrreich. — College Cook hat Adhäsionen angeführt, aber ich glaube, ich habe auch selbst erwähnt, dass Adhäsionen als scheinbare Tumoren auftreten können. — Dem Collegen Moschcowitz hat der Ausdruck scheinbare Tumoren nicht recht zugepasst. Nun ich weiss selber, dass man an Allem etwas aussetzen kann, aber ich hielt den Ausdruck noch für das beste. Es ist kein wirklicher Tumor, kein Neoplasma, und zum Unterschied davon habe ich eben gesagt scheinbarer Tumor. Nennen wir einen Tumor irgend eine Anschwellung, dann muss auch eine Anschwellung da sein, ob es sich nun um Bauchmuskeln oder Leber handelt. Aber der Ausdruck Tumor wird doch im grossen Ganzen für etwas Abnormes gebraucht. Wenn ein normales Organ tiefer liegt und eine Anschwellung da ist, da sagen wir nicht, es ist ein wirklicher Tumor, sondern das Organ ist heruntergesunken, und dadurch wird die Vortäuschung eines Tumors gegeben. Zu diesem Zweck habe ich hervorgehoben, dass ich das nicht als scheinbaren Tumor betrachte, was ganz klar durch ein heruntergesunkenes Organ bedingt ist. Eine vorgefallene Leber nenne ich nicht einen scheinbaren Tumor. Wenn es aber nicht definirt wird, wenn ich nicht weiss, ob es der linke Leberlappen ist oder etwas anderes, wenn ich nur weiss, dass es kein Gewächs ist, das habe ich als scheinbaren Tumor bezeichnet. — College Seibert hat mit Recht darauf hingewiesen, dass verkalkte Abscesse angetroffen werden, die ebenfalls als Neubildungen zu Täuschung Anlass geben. — Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Präsident Dr. Hermann G. Klotz: Ich theile mit, dass bei der Abstimmung die Herren Drs. Pius Renn und Hermann Fischer zu ordentlichen Mitgliedern der Gesellschaft erwählt worden sind. Ich habe ferner noch mitzutheilen, dass uns im Laufe des Sommers eines unserer Mitglieder durch den Tod entrissen wurde. Dr. Louis Arcularius starb am 1. Juli. Er war 15 Jahre Mitglied der Gesell-

schaft, und wenn er auch nicht oft an unseren Sitzungen Theil genommen hat, so war er jedenfalls einer grossen Anzahl, namentlich der älteren Herren, wohl bekannt. Ich fordere Sie auf, durch Aufstehen von Ihren Sitzen das Andenken des Verstorbenen zu ehren. (Die Anwesenden erheben sich von den Sitzen.)

Endlich erscheint es mir angemessen hier officiell von einer Auszeichnung Kenntniss zu nehmen, die einem Mitglied unserer Gesellschaft zu Theil geworden ist; ich meine die Verleihung eines internationalen Stipendiums für eine Arbeit über Behandlung Schwindsuchtkranker. Das ist gewiss eine Ehre, die einigermaassen auch auf unsere Gesellschaft zurückfällt, und ich glaube in Ihrem Namen zu handeln, wenn ich Herrn Dr. S. Knopf zu der Auszeichnung herzlich gratulire.

Schluss und Vertagung.

Dr. J. A. Beuermann, prot. Secretär.

Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York.

110 West 34. Strasse.

Sitzung vom 25. Mai 1900.

Vorsitzender: Dr. Gleitsmann.

VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

1) Dr. A. Jacobi: Fall von angeborener Rachitis. Das Kind zeigt interessante Missbildungen an allen 4 Extremitäten. Es wurde vor 3 Monaten geboren und ist geistig gut entwickelt, zeigt jedoch eigenthümliche Stellung der Extremitäten. Die Hüftgelenke sind ziemlich beweglich, nur die Abductionen lassen zu wünschen übrig. Die Kniekehlen stehen nach innen, die Kniegelenke sind nur mässig beweglich. Die Füsse sind nach auswärts rotirt, die beiden oberen Extremitäten sind in Pronationsstellung. Die Schultergelenke sind nur mangelhaft beweglich. Die Köpfe der Humeri befinden sich im Gelenk, die Humeri selbst sind etwas gekrümmt. Die Vorderarmknochen sind ziemlich gerade, ebenso sind die Händchen normal gebildet. Woher kommt nun diese eigenthümliche Stellung der Extremitäten? Wenn man die Epiphysen anfühlt, so findet man, dass dieselben überall verdickt sind, daher scheint es mir, dass wir es hier mit einem Fall von congenitaler Rachitis zu thun haben und dass die starke Verdickung der Gelenkenden die Veranlassung ist, dass die Gelenke mehr oder weniger unbeweglich sind. Zu erwähnen wäre noch, dass bei dem Kinde auch Anzeichen von rachitischem Rosenkranz bemerkbar sind, ferner, dass die Arme nur bis zu den Spinae anteriores superiores reichen.

Discussion. Dr. Danziger frägt, ob eine Lähmung der Extremitäten vollkommen ausgeschlossen ist. — Dr. Jacobi: Daran ist nicht zu denken.

2) Dr. Schapringer: Fall von angeborener centraler Trübung der Hornhaut. (Ist in No. XI. des Jhrgs. 1900 ds. Monatsschr. als Originalarbeit erschienen.)

Discussion. Dr. Julius Wolff: Der Fall ist ein sehr eigenthümlicher, allein ich glaube doch, ihn erklären zu können. Bei genauer Betrachtung sieht man, dass sich ungefähr von der Mitte der Vorderfläche der Iris ein kleiner Faden nach der Trübung erstreckt, ebenso an der Aussenseite, daher möchte ich diesen Fall als Ueberbleibsel der Membrana pupillaris deuten. — Dr. A. Jacobi frägt, ob bei dem Falle Nystagmus beobachtet wurde. — Dr. Schapringer: Nystagmus wurde in diesem Falle nicht beobachtet, wohl aber gelegentlich Strabismus divergens. Ich bin nicht der Ansicht, dass es sich um eine persistirende Pupillarmembran handelt. Denn diese Fälle sind anders localisirt und haben auch anderes Aussehen.

3) Dr. A. Jacobi: Vorstellung eines durch Thyreoidbehandlung gebesserten Falles von Cretinismus. Dieses Kind ist 11 Jahre alt und kam zuerst vor 3 Jahren zur Behandlung in meine Poliklinik. Damals war es ein vollständiger Idiot und der beste Typus eines Cretins. Was Sie jetzt noch sehen, sind nur die Ueberreste der schweren Erkrankung, die damals folgenden Befund darbot: Flacher Gaumen, sehr grosse Zunge, die zum Munde heraushing, dermassen fetter Hals, dass wir uns über das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer Thyreoidea nicht klar werden konnten. Das ganze Kind war damals übermässig fett entwickelt. Vor 3 Jahren war es 28 Zoll gross und ist seitdem um 10 Zoll gewachsen. Was Sie jetzt sehen, ist das Resultat einer dreijährigen Thyreoidbehandlung. Das Kind fängt jetzt an zu sprechen, die flachen Gaumenbögen haben sich etwas retrahirt. Ob eine Thyreoidea vorhanden ist oder nicht, davon konnte ich mich immer noch nicht überzeugen, allein mir kommt es vor, als ob ich die Ringe der Trachea zu deutlich fühlen könnte, als dass das Vorhandensein einer Thyreoidea wahrscheinlich wäre. Ausser mit Thyreoidextract wurde das Kind noch mit Phosphor behandelt.

4) Dr. Willy Meyer: Vorstellung chirurgischer Fälle. I. Hier ist eine 53jährige Patientin, die früher stets gesund gewesen war, am Weihnachten jedoch unter Schmerzen in der Magengegend und im rechten Hypochondrium erkrankte. Im Hospital fand man an ihr eine stark vergrösserte Leber, die bis zum Nabel herabreichte, und besonders in der Gegend der Gallenblase auf Druck empfindlich war. Die Temperatur war nur minimal erhöht. Eine bestimmte Diagnose war nicht zu stellen. Bei der Operation fanden wir, dass das Peritoneum mit der Leberoberfläche verwachsen war. Es wurde mit dem Paquelin durch die Leber hindurchgegangen und schliesslich in der Tiefe ein Leberabscess eröffnet, der seinen Sitz in der hinteren Diaphragmakuppe hatte. Der Abscess wurde drainirt und die Patientin machte eine gute Reconvalescenz durch. Während derselben kamen aus der Fistel häufig kleine Steine zum Vorschein. In der dritten Woche kam es zu einer ganz erheblichen Blutung, die durch Heisswassereingiessung gestillt wurde. In der 7. Woche kam Darminhalt aus dem obersten Ende des Duodenums herrührend durch die Fistel

zum Vorschein, woraus zu schliessen war, dass offenbar auch in der hinteren Lebergegend Adhäsionen stattgefunden hatten und es nunmehr zur Perforation nach dem Duodeum gekommen war. Allein auch diese Perforation schloss sich schliesslich wieder und Pat. ist nunmehr bis auf eine kleine Fistel vollkommen geheilt. Ich glaube, dass es sich hier um einen Fall von Cholangitis und Leberabscess gehandelt hatte, hervorgerufen durch Lebersteine.

II. Diese Pat. hier ist 38 Jahre alt und kam am 22. März in das Deutsche Hospital mit der Angabe, dass sie sich erst seit 3 Wochen krank fühle und an permanent vorhandenen Leibschmerzen leide. Die Untersuchung ergab einen beweglichen Tumor in der Bauchhöhle, dessen Natur ausserordentlich schwer zu definiren war. Die bimanuelle Untersuchung der Genitalorgane zeigte, dass der Tumor nicht mit denselben zusammenhing. Da er sich hauptsächlich etwas links vom Nabel abgrenzen liess und auch keine Anhaltspunkte für eine bewegliche Niere vorhanden waren, so dachte ich, es möchte sich vielleicht um einen Mesenterialtumor handeln. Bei der Explorativincision konnte hinter dem Magen eine deutliche Härte gefühlt werden und es fand sich der Tumor an der Wurzel des Mesocolon transversum. Es handelte sich offenbar um tuberculöse retroperitoneale Drüsen. Auch hier bildete sich im Verlaufe der Heilung eine Darmfistel, aus der sich dicker Koth ergoss, es handelte sich also um das Colon. Die Pat. hat sich gut erholt, die Kothfistel hat sich geschlossen, es besteht nur mehr eine mässig secernirende Fistel, die keinen Koth mehr abscheidet. Die Operation war am 30. März ausgeführt worden.

III. Dieser Pat. kam am 22. April in das Hospital und präsentirte einen grossen Tumor im linken Hypochondrium. Der Tumor war mit seiner Längsachse quer gelagert, überschritt nach abwärts die Nabelhöhe, war prall gespannt und deutlich fluctuirend. Unsere Diagnose neigte sich einem Cystosarcom zu. Wir legten einen grossen Querschnitt an, und da stellte es sich heraus, dass es sich um eine Cyste des Mesocolons handelte. Es wurden 2 Liter Flüssigkeit entleert, die Cholestearin enthielt. Diese Mesenterialcysten sind ausserordentlich selten.

IV. Fall von einem Peniscarcinom. Der Penis wurde exstirpirt.

V. Patient ist 40 Jahre alt und hat zuerst im November vorigen Jahres über Heiserkeit geklagt. Dr. Gleitsmann fand, dass es sich um eine rechtsseitige Erkrankung des Larynx handelte. Ein Stück desselben wurde exstirpirt und daraus die Diagnose Alveolarsarcom gestellt. Es wurde die halbseitige Exstirpation des Kehlkopfes mit vorausgehender Tracheotomie ausgeführt. Pat. ist jetzt so weit geheilt, dass nur noch eine kleine Fistel vorhanden ist. Er kann verhältnissmässig gut sprechen.

Discussion ad II. Dr. Moschcowitz: Ich möchte fragen, ob in diesem Falle die Diagnose auf Tuberculose microscopisch bestätigt wurde. — Dr. Willy Meyer: Pat. leidet zugleich an Lungen-

tuberculose und es ist nicht anzunehmen, dass es sich bei diesen verkästen Drüsen um etwas anderes handelt, als wie um Tuberculose. Die Diagnose unterliegt wohl keinem Zweifel.

Ad III. Dr. Einhorn: Ich erinnere mich eines Patienten, den ebenfalls Dr. Willy Meyer operirt hat und bei welchem es sich, wenn ich nicht irre, auch um eine Cyste des Mesenteriums handelte. Pat. hatte einen Tumor in der Milzgegend und gab an, ein Jahr krank gewesen zu sein. Die Untersuchung ergab einen grossen Tumor, der die linke Bauchhälfte ausfüllte. Es war damals zweifelhaft, ob dieser Tumor dem Magen angehörte oder der Milz. Ich betrachtete ihn als der Milz angehörig. Der Pat. bekam plötzlich Fieber, er kam einige Tage darauf zu mir und der Tumor war verschwunden. Pat. hatte einige Male erbrochen, und dieser Umstand bewog mich, anzunehmen, dass es sich um einen Abscess gehandelt haben müsse, der irgendwo perforirt sei und vielleicht auch ausgebrochen wurde. Einige Tage darauf zeigte sich in derselben Gegend wieder Resistenz und ein kleiner Tumor, der dann wieder zu wachsen schien. Ich dachte wiederum an einen Abscess und schickte den Pat. in das Hospital. Als die Bauchhöhle eröffnet war, zeigten sich Magen und Milz intact, dagegen wurde eine kleine Cyste gefunden, die einen blutigen Inhalt hatte. Wir nahmen an, dass diese Cyste durch irgend ein Trauma zu Stande gekommen war. Pat. ist seitdem gesund geblieben. — Dr. Willy Meyer: Ich kann hier nur hinzufügen, dass jener Fall sich an ein Trauma angeschlossen hatte, während der heute vorgestellte Fall sich im Verlaufe von 26 Jahren ausgebildet hatte. — Dr. A. Jacobi: Wie häufig kommen oberflächliche Lebercysten vor? Nach meiner Erfahrung sind dieselben ausserordentlich selten und haben die Neigung, gut zu verlaufen. — Dr. Libmann: Ich möchte nur bemerken, dass ich bei meinen Sectionen nur einmal eine Lebercyste angetroffen habe. — Dr. Willy Meyer: Die Lebercysten, die ich gesehen habe, waren sämmtlich Echinococcencysten.

Ad V. Dr. Gleitsmann: Ich möchte noch hinzufügen, dass ich einige Wochen nach der Operation in das Hospital gerufen wurde, um nach dem Pat. zu sehen, da Dr. Willy Meyer gefunden hatte, dass die Athmung grössere Schwierigkeiten verursachte, als wünschenswerth war. Ich versuchte, den Pat. zu intubiren, was auch ohne besondere Schwierigkeit gelang. Das Resultat der Operation ist jedenfalls ein ganz ausgezeichnetes. — Dr. Willy Meyer: Der Patient sprach gestern bedeutend klarer, als heute und ich glaube, dass sich das Resultat in Bezug auf die Sprache noch bessern wird.

5) Dr. Gleitsmann: Fall von Tumor an der Glottis. Adenofibrom mit Uebergang in Adenosarcom.

Ripperger, Secretär.

Correspondenz.

New York, den 20. December 1900.

Dem Redacteur der „New Yorker Medicinischen Monatsschrit."

Geehrter Herr!

Im Interesse der Anti-Tuberculose-Bewegung ist es zu bedauern, dass die Wahl einer Localität für die Einrichtung des ersten Staats-Hospitales auf Schwierigkeiten stösst. Man sollte glauben, dass gewisse grundsätzliche Anschauungen bezüglich der Anstalts-Behandlung dieser Krankheit durch die Erfahrung und Discussion der letzten 50 Jahre ausser Frage gestellt wären. Man sollte ferner glauben, dass diesen Grundsätzen allgemeine Gültigkeit zukomme, ob nun die Anstalt in England, Deutschland oder im Staate New York zu errichten wäre. Kein Land der Welt hat, soweit mir bekannt, eine Stätte, die nur 1 bis 2 Meilen von einem Gefängnisse und einer Anstalt für geisteskranke Sträflinge entfernt ist, zur Errichtung einer Anstalt für Lungenkranke erkoren. Der Staat New York ist das erste Gemeinwesen in der civilisirten Welt, welches mit der Nennung von Dannemora, Clinton County, einen solchen Schritt überhaupt in Erwägung gezogen hat.

Mir erscheint eine solche Wahl absolut unzweckmässig, insolange überhaupt eine andere Stätte in den Adirondacks verfügbar ist, auf welche Gegend ja die Trustees bei ihrer Wahl durch das Special-Gesetz beschränkt sind. Zu entschuldigen wäre die Wahl noch, wenn die mit dem Onus einer Sträfling- und Irren-Bevölkerung behaftete Oertlichkeit besondere klimatische oder andere Vorzüge darböte. Nun giebt es bekanntlich in den Adirondacks noch viele andere geeignete Orte, und thatsächlich haben die Trustees mehr als 20 andere Bauplätze besichtigt, welche alle verfügbar sind. Dass aber Dannemora aus klimatischen Gründen den Vorzug verdiene, wird Niemand der unvoreingenommen ist, behaupten wollen. Ich habe diesen Ort kürzlich persönlich besucht und habe den vorgeschlagenen Bauplatz in Augenschein genommen, und mit dem dortigen Gefängniss-Arzte das Thema eingehend besprochen. Eine kritische Untersuchung der von diesem Herrn Collegen in der gemeinsamen Sitzung des State Board of Health und der Forest Preserve Commission zu Gunsten der Wahl Dannemoras gemachten Angaben und ein damit parallel gehendes Studium der Jahresberichte des New York Weather Bureau haben mir die Ueberzeugung aufgedrängt, dass von einem besonderen Vorzug dieses Ortes für den genannten Zweck keine Rede sein kann. Ein beträchtlicher Theil des Beweismaterials, welches angeführt wurde, um den besonderen Vorzug dieses Platzes darzulegen, ist für die Frage ganz irrelevant, und würde von einer aus Aerzten bestehenden Jury bei Seite gelegt werden; ich beziehe mich insbesondere auf die Pneumonie-, Typhus- und Tuberculosen-Statistik. Dagegen sind die statistischen Zahlen, welche sich auf die Durchschnittstemperatur und die jährliche Regenmenge beziehen, nicht im Einklange mit den officiellen Berichten der Wetterbehörde in den letzten zehn Jahren. Die ganze Empfehlung zeigt nur, wie irgend ein Ort sich zu einem Paradiese für die unglücklichen Schwindsüchtigen

entwickeln kann, wenn nur der Localpatriotismus und die feurige Einbildungskraft der Promotoren das ihrige beitragen. Trotz der landschaftlich trostlosen und andererseits deprimirenden Eindrücke der Umgebung soll nicht geleugnet werden, dass Dannemora einige der Anforderungen erfüllt, welche von den Trustees an den zu wählenden Ort gestellt werden. Die geographische Lage, Höhen-Erhebung und Wasserversorgung sind zweckentsprechend und Niemand wird abstreiten, dass beginnende Tuberculose dort, wie beinahe in jedem anderen Orte der Adirondacks geheilt werden kann. Doch würde es Niemanden einfallen, daselbst eine Privatanstalt zu errichten, und es ist die offenbare Pflicht der Trustees im Interesse ihrer armen Mitbürger in demselben Maasse wählerisch zu sein. Wir dürfen uns nicht davon bestechen lassen, dass die gewichtigsten für Dannemora ins Feld geführten Argumente die sind, dass Bauplatz und Baukosten eine Schenkung darstellen. Das ist ein verlockender Köder; doch ist zu hoffen, dass die Trustees sich davon nicht werden verleiten lassen. Das natürliche und lobenswerthe Bestreben der Gefängniss-Beamten eine passende Beschäftigung für ihre Sträflinge zu finden, sollte die Trustees nicht veranlassen, die Interessen der unbemittelten Schwindsüchtigen denen der Sträflinge unterzuordnen.

Die geplante Anstalt ist erst das zweite Hospital in den Ver. Staaten für Schwindsüchtige in den Anfangsstadien und von dem Erfolge hängt vielleicht das Schicksal der ganzen Bewegung in diesem und anderen Staaten ab. Patienten sollen freiwillig dahin gehen, und Viel, vielleicht Alles beruht darauf, sie möglichst frühe dahin zu bringen. Es sollte in ihnen kein Vorurtheil gegen den Platz und seine Beziehungen aufkommen. Bei der Wahl des Platzes sollte man alles vermeiden, was Zögern von Seiten des Patienten verursachen könnte. Ferner sollte man nicht vergessen, dass Schwindsüchtige im Anfangsstadium keine hülflosen Invaliden sind, über die gerade wegen ihrer Hülflosigkeit leicht verfügt werden kann, sondern dass sie im Gegentheil gesund genug sind, ihre individuellen Vorurtheile zur Geltung zu bringen.

Zu einem späteren Zeitpunkt, wenn die Bewegung in diesem Staate sich nicht mehr in ihrem Anfangsstadium befindet, wenn die Vortheile der Anstaltsbehandlung so offenbar sein werden, dass die Ueberzeugung davon ins Herz der armen Bevölkerung gedrungen sein wird, dann mögen die Einwände gegen Dannemora weniger in die Waage fallen. Aber gegenwärtig sollte Dannemora von der Liste der wählbaren Orte gestrichen werden.

Dr. Alfred Meyer,
801 Madison Ave.

(Mittlerweilen dürfte die vorliegende Frage ihre Erledigung gefunden haben, indem der Ort, welchen die Trustees für den Bau des Staatshospitals für Schwindsüchtige im Anfangsstadium ausgewählt haben, von der Staats-Forsterhaltungs-Commission und der Staats-Sanitätsbehörde gutgeheissen wurde. Der Ort befindet sich bei Baybrook, drei Meilen südöstlich von dem Dorfe Saranac. Das Areal umfasst 521 Acker und kostet $7500. Die Redaction.)

Therapeutische und klinische Notizen.

— Zur Acnebehandlung. Bardach war es aufgefallen, dass sich bei allen Acnekranken eine Vermehrung der crystallinischen Niederschläge des Urins und specifischen Gewichts desselben constatiren liess. Dieser Befund legte den Gedanken nahe, dass eine Vermehrung von Salzen im Blute eine Reizung in den Talgdrüsen resp. deren Gefässe bewirken müsse und fand B. auch eine Bestätigung dieser Annahme darin, dass die Heilung der Acnekranken sich in kürzester Zeit bewerkstelligen liess, wenn diese Kranken die Kreuznacher Curmittel, Bäder und Trinkcur gebrauchten und sich bald in Folge dieser Cur eine Vermehrung der Diurese einstellte. In der localen Acnetherapie wird meistens angestrebt, mit reducirenden und keratolytischen Mitteln auf die Haut einzuwirken. Zu der früher vielfach geübten heroischen operativen Methode entschliesst man sich jetzt nur noch da, wo die Talgdrüsen-Entzündungen oder das sie umgebende Cutisgewebe Infiltrationen zeigen, welche das Bild der Furunculose darbieten und man den Eiterherd in toto schnell vernichten möchte, um jeder weiteren Infection vorzubeugen. Bei weniger infiltrirten Knoten genügen eine Anzahl unserer reducirenden Mittel, welche auch zugleich meist eine antiseptische Wirkung erzielen. Als zu diesem Zwecke besonders geeignet führt B. das β-Naphthol und das Resorcin an. Beide Mittel leisten das Meiste in Pastenform, ersteres in 10procentiger Zusammensetzung, letzteres von 10 Procent selbst bis zu 50 Procent. Auch den Schwefel möchte B. nicht unerwähnt lassen, der jedoch erfolgreicher in Verbindung mit einem oder anderen der genannten reducirenden Mittel wirkt.

Eine Unterstützung der Acnebehandlung hat B. in langjähriger Beobachtung durch den Gebrauch der Kreuznacher Jodbrom-Soolbäder gesehen. Um nun diese Wirkung durch längeren Contact mit der Haut zu verstärken, hat B. zu diesem Zwecke die wirksamsten chemischen Bestandtheile der Kreuznacher Quellen wie Jod und Brom mit Seife combinirt. Er hat Seife deshalb gewählt, weil diese an und für sich eine keratolytische Wirkung hat und auch eine bessere Einwirkung der genannten Salze auf die Haut gestattet. Er lässt diese Seifen in folgender Weise gebrauchen: Bei milderem Auftreten der Acne, z. B. kleineren Knoten oder Pusteln und oberflächlicherer Comedonenbildung hat er die afficirten Partien, sei es Gesicht, Hals, Nacken oder Brust, mit der Seife vor dem Schlafengehen kräftig abwaschen lassen. Die Waschung geschieht am besten mit warmem Wasser und wird dann die Haut mit einem weichen Leinen oder Battist abgetrocknet. Dasselbe geschieht in gleicher Weise am Morgen. Weiterhin kann die Seife, wenn einfache Waschungen nicht als ausreichend erachtet werden, für kürzere oder längere Zeit als Schaum auf der Haut gelassen werden, selbst die Nacht hindurch. Wenn nach längerem Gebrauch eine Reizung der Haut eintritt, wird mit Talcum oder Amylum gepudert, mitunter auch abwechselnd eine milde Salbe angewendet. Am zweckmässigsten ist B. die Pasta Lassari, das Zinköl oder das Vaselinum plumbicum erschienen. Ein grosser Vortheil der Anwendung dieser Kreuznacher Seifen ist auch der, dass man sie bequem auf grosse Hautstrecken ausdehnen kann.

Weiter zu erwähnen ist die grosse Schnelligkeit der Anwendung. In wenigen Minuten ist die Haut eingeseift und kann dies von dem Patienten eigenhändig vorgenommen werden. Eine grosse Anzahl mit über dem ganzen Stamm erheblich ausgebreiteter Acne, in manchen Fällen waren hunderte von infiltrirten Knoten dicht aneinander gereiht, konnte z. B. durch diese Methode in verhältnissmässig kurzer Zeit theils geheilt, theils wesentlich gebessert entlassen. (Dermatolog. Zeitschr., Bd. II, Heft 2.)

— Erfahrungen mit Sidonal bei Gicht. Schlayer (Berlin) theilt seine Erfahrung beim Gebrauch des neuen Gichtheilmittels Sidonal (chinasaures Piperazin) mit. Er hat dasselbe in 6 Fällen von harnsaurer Diathese angewandt; darunter waren 5 Fälle mit chronischen arthritischen Veränderungen an verschiedenen Gelenken, in einem Falle bestand Absonderung von Nierensand und kleineren harnsauren Concrementen nebst häufigen Schmerzen in der Nierengegend. In sämmtlichen Fällen wurde das Sidonal, ohne alle Nebenerscheinungen speciell von Seiten des Magens, nicht ungern genommen und gut vertragen. Es wurden je 2 g in einem Glase Selterswasser gelöst, Vormittags und Nachmittags genommen; dass das Mittel die Harnsäurebildung im Körper vermindert, haben auch zwei quantitative Analysen gelehrt; in beiden Fällen, wo der Urin vor Einnahme des Sidonals 0,75 resp. 0,67 g Harnsäure im Liter Urin enthielt, sank die Harnsäuremenge nach mehrwöchentlichem Gebrauche des Sidonals, bei ganz gleicher Lebensweise auf 0,45 resp. 0,38 g im Liter. Die Untersuchungen wurden im Aufrecht'schen Laboratorium ausgeführt. Alle Patienten gaben übereinstimmend eine Besserung ihrer Beschwerden und leichtere Beweglichkeit ihrer schmerzhaften Gelenke an, objectiv war eine Abnahme der Schwellungen und Tophi zu constatiren. In dem Falle, wo der Nierensand abgesondert wurde, besserten sich die Nierenschmerzen und der Urin wurde klarer und verlor das rothe Sediment. Auch die Diurese schien sich manchmal zu heben; dabei handelte es sich in mehreren Fällen um Patienten, welche seit Jahren alle der Reihe nach aufgetauchten in- und ausländischen Gichtmittel ausprobirt hatten und ziemlich skeptisch in der Beurtheilung der Wirkungen von Arzneimitteln auf Grund ihrer bisherigen Erfahrungen geworden waren. Deshalb glaubt Sch., dass die übereinstimmend von allen Kranken angegebenen Besserungen zum weiteren Gebrauche des Mittels ermuthigen; ob dasselbe in allen Fällen eine zuverlässige und sichere Wirkung haben wird, muss die Zukunft und Verwendung des Mittels an einer grossen Anzahl von Kranken lehren. (Therapeutische Gegenwart, Mai 1900.)

— Ueber Argentamin in der Augenheilkunde. Von den neuen Silbersalze verdient besonders das von der chemischen Fabrik Schering-Berlin hergestellte Argentamin Beachtung, welches in einer Reihe von Augenkrankheiten vorzügliche Dienste leistet. Es stellt eine haltbare Verbindung von Argentum nitricum mit Aethylendiamin dar, ist also chemisch als Aethylendiaminsilbernitrat zu bezeichnen. Das Argentamin soll in der Augenheilkunde einen Ersatz für das Argentum nitricum darstellen. Die 3jährigen Erfahrungen Daxen-

berger's stimmen im Wesentlichen mit den von Hoor mitgetheilten Ergebnissen überein. Das Argentamin ist im Stande, das Argentum nitricum vollständig zu ersetzen, übertrifft dasselbe sogar an Wirkung, ohne die starken Reizerscheinungen des letzteren hervorzurufen und ist indicirt bei allen mit stärkerer Schwellung und Secretion einhergehenden Bindehautaffectionen, gleich viel ob dieselben mit Hornhaut- oder Regenbogenhautentzündung complicirt sind oder nicht. Daxenberger wandte dasselbe durchwegs mit günstigem Erfolge an nach acuter einfacher Bindehautentzündung zur Behandlung der zurückgebliebenen Schwellung, also nach Ablauf des ganz acuten Stadiums, bei vielen hartnäckigen chronisch-eitrigen Conjunctivitiden mit sammetartiger oder gefalteter oder mit stärkeren Lymphfollikeln durchsetzter Bindehaut, so besonders bei der Conjunctivitis granulosa und Conjunctivitis follicularis, bei letzterer auch, wenn stärkere Secretion fehlte und dieselbe nur mit Fremdkörpergefühl (Sandkörner etc.) einherging, ferner bei der Conjunctivitis eczematosa mit stärkerer Schwellung der Bindehaut, auch wenn Pannus, Hornhautinfiltrat oder -Geschwür damit verbunden, und zwar wurden womöglich tägliche Pinselungen der geschwollenen Bindehaut, besonders der Uebergangsfalten nach vorheriger Ectropionirung mit (5—10 proc.) Argentamin-Lösung mittelst Wattepinsels vorgenommen, wo dies nicht möglich, täglich 3proc. Argentamin-Einträufelungen angeordnet oder dieselben zur Nachbehandlung noch gegeben. Die Pinselungen dürften an Wirkung die Einträufelungen weit übertreffen; ein vorheriges Cocainisiren ist, abgesehen von ganz empfindlichen Patienten, meist nicht nöthig; höchstens lässt man nach der Pinselung eine halbe Stunde kalte Umschläge zur Herabsetzung der Reizwirkung machen; ebenso ist eine Nachspülung mit physiologischer Kochsalzlösung nicht erforderlich. So wurden die Pinselungen und Einträufelungen ausnahmslos gut vertragen; stärkere Reizwirkungen, namentlich Schmerzen, wie sie manchmal nach concentrirteren Argentumpinselungen auftreten, fehlten vollständig. Unter dieser Behandlung schwillt und blasst die Lid- und Bindehaut bald ab, grössere Follikel schrumpfen, die Secretion erlischt, die subjectiven Beschwerden verschwinden, und so erfolgt oft nach 3—5, in ganz chronischen Fällen meist nach 10—20 Pinselungen vollkommene Heilung. Auffallend gut wirken auch Pinselungen der Lidränder mit 5—10proc. Argentaminlösung bei Blepharitis ciliaris.

Ganz besonders aber hat sich D. das Argentamin bei der Behandlung der Ophthalmoblenorrhoea neonatorum bewährt, die er geradezu als specifische Wirkung bezeichnet. Die Erfahrungen Cramer's-Bonn, welcher zuerst auf den sog. Argentumcatarrh bei Neugeborenen aufmerksam gemacht hat, haben die Schädigungen des Argentum durch Aetzwirkung zur Genüge dargethan, so dass ihm die Zweckmässigkeit der obligatorischen prophylactischen 2proc. Argentumeinträufelungen bei Neugeborenen zweifelhaft erscheint, andererseits haben die Untersuchungen Hoor's und Bergel's bezeigt, dass dem Argentamin eine grössere Tiefenwirkung zukommt, indem es keinen Schorf bildet, und haben sich Schädigungen durch Argentamin nicht herausgestellt. So dürften Versuche mit Argentamin wohl berechtigt erscheinen.

D. hat das Argentamin seit 3 Jahren in 1 M Fällen, darunter sehr schweren, immer mit gleich gutem Erfolg angewendet und glaubt dasselbe geradezu als Specificum bei Ophthalmoblenorrhoe, speciell der gonorrhoischen Form ansprechen zu können, welches alle bisherigen Mittel an Wirksamkeit übertrifft. Er sah schon trotz der prophylactischen Einträufelung von 2proc. Argentum nach Credé die schwersten Ophthaloblenorrhoen mit Zerstörung der Hornhaut und Phthisis bulbi entstehen. Allerdings kann man sagen, dass auch hier wieder nicht die Einträufelung, sondern die gründliche Reinigung, welche häufig der Hebamme überlassen bleibt, die Hauptsache ist. Doch die Schädigungen mit Argentum sind zweifellos erwiesen. Mit Rücksicht darauf dürfte es nicht ungerechtfertigt erscheinen, statt der bisher üblichen 2proc. Argentumlösung als Prophylacticum eine solche mit Argentamin 3proc. (oder ev. Protargol 10—20proc.) nach vorheriger peinlicher Reinigung vorzuschlagen.

Dem Argentum gegenüber hat das Argentamin den Vorzug der tieferen antibacteriellen Wirkung bei gänzlicher Unschädlichkeit und geringerer Reizung, der einfacheren Handhabung, indem eine Nachspülung mit physiologischer Kochsalzlösung nicht nöthig ist, der Anwendbarkeit auch bei Hornhautcomplicationen, den anderen Silberpräparaten gegenüber den Vorzug der grösseren Verlässlichkeit.

Auch auf dem Gebiet der inneren Medicin versuchte D. das Argentamin verschiedentlich und hatte günstige Resultate zu verzeichnen bei chron. Laryngitiden mit Schwellung der Stimmbänder durch 5proc. Einstäubungen mittelst Spray, bei chron. hypertroph. Rachencatarrhen durch 5proc. Pinselungen, bei nicht ganz acuten nässenden Eczemen, besonders Gewerbeeczemen durch tägliche 5proc. Pinselungen, bei Schleimhauterosionen am Septum und dadurch hervorgerufenem Nasenbluten durch Touchirung und Einlegen eines mit 5proc. Argentaminlösung getränkten Tampons (10 Min.), bei Muschelhypertrophien und dadurch bedingten chron. Nasencatarrhen durch 5proc. Argentamin-Tampon. Auch als Antigonorrhoicum in Form von Injectionen 1:400 bis 200 (3 Mal täglich ¼ Std.), hat es stets gute Dienste geleistet. Neuerdings wird es auch innerlich (½—¾ Proc. Thee- bis Esslöffelweise) bei verschiedenen Formen von Dünn- und Dickdarmcatarrh nach Bergel angewendet. So dürfte das Argentamin bald eine hervorragende Stelle im Arzneischatz verschaffen. (Wochenschr. für Therap. und Hygiene des Auges, Jhrg. IV, No. 1.)

Kleine Mittheilungen.

— Die Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt Cleveland, O., erwählte in ihrer Generalversammlung vom 20. December vorigen Jhrs. die folgenden Beamten: Dr. C. Schmitz, Präsident; Dr. J. Belkowsky, Vice-Präsident; Dr. M. Kahn, protocollirender Secretär; Dr. L. Reich, correspondirender Secretär; Dr. J. Propper, Schatzmeister.

— Das Comité für Krebsforschung hat sich durch Eintritt namhafter Gelehrter erweitert. Zu nennen sind Geheimrath Dr. Fiedler-Dresden, Obermedicinalrath Dr. v. Grashey-München, Geheimer Medicinalrath Dr. Krieger-Strassburg, Geheimer Obermedicinalrath Dr. Neidhart-Darmstadt, Geheimer Medicinalrath Prof. Dr. Krabler-Greifswald, Prof. Dr. Löbker-Bochum (letztere Beiden als Vertreter des Ausschusses der Preussischen Aerztekammern) u. A. Prof. Dr. Roswell Park, Director des Institutes für Krebsforschung an der University of Buffalo, hat dem deutschen Comité seine Glückwünsche zur Constituirung und Bereiterklärung zur Mitarbeiterschaft ausgesprochen. In den Vorstand des Comités ist Regierungsrath Dr. Wutzdorff, Abtheilungschef im Kaiserlichen Gesundheitsamt, eingetreten, so dass der Vorstand sich aus Geheimrath v. Leyden als Vorsitzenden, Geheimrath Prof. Dr. Kirchner und Regierungsrath Dr. Wutzendorff als Stellvertreter und Dr. Georg Meyer als Schriftführer zusammensetzt. (Münchener Med. Wochenschr., 1900, No. 40.)

— Die Gesellschaft der schwedischen Aerzte in Stockholm hat eine goldene Pasteur-Medaille gestiftet, welche jedes zehnte Jahr einem Forscher übergeben werden soll, der durch seine Arbeiten die Fortschritte der Bacterologie oder der Hygiene gefördert hat. Diese Medaille ist im Jahre 1900 zum ersten Male verliehen worden und zwar an das Ehrenmitglied der Gesellschaft Exc. Prof. Max. v. Pettenkofer. In dem Begleitschreiben spricht die Gesellschaft ihre Freude darüber aus, in dieser Weise der bahnbrechenden Thätigkeit Pettenkofer's auf den verschiedenen Gebieten der Hygiene ihre Huldigung darbringen zu können. Die hervorragend schön gearbeitete, 250 g schwere Medaille zeigt auf der Vorderseite das Bildniss Pasteur's im Profil, die Rückseite trägt die Worte: „A Louis Pasteur la Societé médicale Suédoise, 27. Decembre 1892." (Münchener Med. Wochenschr., 1900, No. 42.)

— In München wurde ein gefährlicher Curpfuscher, der Bandwurmvertilger Friedrich Horn, wegen fahrlässiger Tödtung zu einem Monat Gefängniss verurtheilt. Derselbe hatte einem 5monatlichen (¾) Kinde grosse Dosen von Extract. filicis maris verabreicht und dadurch dessen Tod innerhalb einer Stunde herbeigeführt. (Ibidem, No. 43.)

— Dr. Unnas Dermatologicum in Hamburg. (Heussweg 13, Eimsbüttel.) Am 1. Januar 1901 wurde das bisher mit der Unna'schen Klinik verbundene dermatologische Laboratorium räumlich von derselben getrennt, zugleich erheblich vergrössert und weiteren Lehrzwecken dienstbar gemacht. Die Herren Drs. Abel, Cohn, Delbanco, Leistikow, Smilowski, Troplowitz und Unna werden sich an der Abhaltung regelmässiger Demonstrationskurse betheiligen, als deren Gegenstände: Normale Anatomie, Physiologie, Histopathologie, Mykopathologie, experimentelle Pathologie, Mikrophotographie, sowie Hygiene der Haut, Klinik und Diagnose, allge-

meine Therapie, specielle Therapie, Pharmacologie, Pharmacotechnik, Macrophotographie, Geschichte der Hautkrankheiten zunächst in Aussicht genommen sind. Es werden jährlich zunächst zwei 6 wöchentliche Kurse und zwar von Anfang Februar bis Mitte März, Ende September bis Mitte November abgehalten. Ausserdem werden das ganze Jahr hindurch Arbeitsplätze für solche Herren vergeben, welche selbstständige Arbeiten auf dem Gebiete der Dermatologie auszuführen beabsichtigen. Das chemische Laboratorium steht unter Leitung von Herrn Dr. phil. Troplowitz. Die Zuhörer und Laboranten haben freien Zutritt zur Poliklinik und Bibliothek von Dr. Unna.

Alle Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen, Manuscripte und Anfragen bezüglich des Inhalts sind zu richten an: Dr. A. Ripperger, 126 East 122d Street, New York City.

Schieffelin's Medicated Soaps

are made from pure, neutral, white soap, and contain no sugar, starch, silicate or filling material, and no coloring or pigment is added.

We guarantee that the percentage of medicament has been added as per label, and that the soap is thoroughly mixed. A descriptive pamphlet mailed to applicants.

Schieffelin & Co., New York.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XIII. New York, Februar 1901. No. 2.

ORIGINALARBEITEN.

Ueber die Beziehungen des Hausarztes zu seinen geisteskranken Patienten.*)

Von Dr. George W. Jacoby.

Es ist mir eine Genugthuung, Ihnen den Dank zu erstatten der Ihnen gebührt; Dank für die Ehre, die mir zu Theil geworden ist durch die Erhebung zur Präsidentschaft dieser Gesellschaft. Es ist dies eine Stellung, die durch den wohlverdienten Ruhm seiner früheren Besitzer einen ganz besonderen Glanz erhält. Zu diesem Glanze hat mein unmittelbarer Vorgänger in so hohem Maasse beigetragen, dass ich überzeugt bin, Ihren Gefühlen Ausdruck zu geben, indem ich mich erkenntlich zeige für die Zeit, Arbeit und Energie, die er in unser aller Interesse jederzeit verwandt hat.

Gelingt es mir, ihm in diesen Beziehungen sowohl wie in seiner Urbanität und milder Gerechtigkeit gleichzukommen, so werde ich mehr bezwecken, als das Bewusstsein meiner eigenen Lückenhaftigkeit mir zu hoffen gestattet.

Ganz gewiss sind unsere professionellen Genossen die zuverlässigsten Beobachter und Beurtheiler unserer Befähigungen, und doch kann ich das Gefühl nicht unterdrücken, welches mir sagt, dass die Pflichten meiner jetzigen Stellung — Vorstehen, Leiten, Anspornen, Zurückhalten, alles mit Tact und Gerechtigkeit — nicht zu unterschätzen sind. Wie dem auch sei —

*) Antrittsrede des Präsidenten der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York, gehalten in der Sitzung vom 8. Januar 1901.

welche meine Befähigungen, welche meine Fehler — ich beanspruche Ihre Nachsicht, und als Gegenleistung verspreche ich Ihnen, zum Wohl und Gedeihen dieser Gesellschaft alles zu thun, was in meinen Kräften steht. Mehr kann Keiner!

Auch bereitet es mir Vergnügen der Präcedenz zu folgen und heute Abend einige Betrachtungen zusammenzustellen, die von allgemeinem Interesse sein dürften. Die folgenden Worte sollen demnach einige meiner Gedanken Ueber die Beziehungen des Hausarztes zu seinen geisteskranken Patienten, zum Ausdruck bringen. Der Specialität der Nerven- und Geisteskrankheiten sind in gleichem Grade wie anderen Specialitäten Tadel und Beanstandungen zu Theil geworden, und wenn ich auch ohne Weiteres zugebe, dass viele dieser Kritiken nicht unverdient sind, so sind sie hier, wie auch so oft anderwärts, der Incapacität einzelner Specialisten und nicht irgend welchem Grundfehler der Specialität selber zuzuschreiben.

Würde ein jeder Specialist sich erst befleissigen, dasjenige zu bemeistern, was allgemeines Eigenthum ist, sich ein breites Wissen von Grundprincipien und Facta der allgemeinen Medicin anzueignen und sich dann erst eines speciellen Wissens und Könnens bemächtigen, dann bin ich überzeugt, würden die Stimmen der Widersacher niemals mit Berechtigung erhoben werden können. Mehr als manch anderer Specialist wird der Neurologe und Psychiater durch seine Specialität genöthigt, sich auf der Höhe des allgemeinen Wissens zu halten; Herz, Leber, Magen, Lungen, Blase und Nieren beanspruchen seine beständige Aufmerksamkeit; Augen, Ohren und Nase sind für ihn Tagesfragen; der gesammte Organismus, vom physiologischen und anatomischen Standpunkte, drängt sich ihm auf, und dabei muss er noch die allereingehendsten Kenntnisse von allem, was sich speciell auf das Nervensystem bezieht, besitzen.

Dieses geht mich aber heute Abend weniger an, als die Frage nach der Summe specieller psychiatrischer Kenntnisse, die der practische Arzt sein Eigenthum nennen sollte. Wenn auch dieser in den letzten Jahren viel von Neurologie gelernt hat, wenn auch es eine Seltenheit ist, heutzutage einem gebildeten Arzt zu begegnen, der nicht im Stande wäre, fast alle Formen von Nervenkrankheiten, die in seiner Praxis vorkommen, schulgerecht zu erkennen und zu behandeln, so thut es mir leid, sagen

zu müssen, dass seine Beziehungen zur Psychiatrie in ganz anderem Lichte dargestellt werden müssen. Wie so es gekommen ist, dass die Neurologie und die Psychiatrie als zwei von einander getrennte Specialitäten betrachtet werden, die Nachtheile und Unzulänglichkeiten einer derartigen Anschauung will ich nicht weiter erläutern, aber nur durch eine derartige Trennung könnte es kommen, dass das Studium der Psychiatrie vom practischen Arzte vernachlässigt und einigen Wenigen überlassen wurde. Wir brauchen nur die medicinischen Zeitschriften durchzublättern, um uns bald hiervon zu vergewissern, und demüthigend ist es zu beobachten, wie viele — sonst ausgezeichnete Aerzte — durch Wort und That ihre Unkenntniss auf diesem Gebiete zur Schau tragen. Und dies im Angesicht der Thatsache, dass Geisteskrankheiten beständig an Anzahl zunehmen, und dass mithin die Beziehungen des Klinikers zur Psychiatrie von Tag zu Tag practischere und innigere werden.

Die Breite dieser Beziehungen wird uns dann klar, wenn wir Umschau halten und die verschiedenen Allgemein-Erkrankungen in Betracht ziehen, in deren Verlauf oder Verbindung irgend eine Form von Geisteskrankheit nicht selten beobachtet wird.

Ohne mich auf die Frage nach der ursächlichen Entstehung der Geisteskrankheiten überhaupt einlassen zu wollen, und daher auch ohne anzunehmen, dass es sich um Ursache und Wirkung handelt, möchte ich Sie nur fragen, wie oft sind während Ihrer Thätigkeit Ihnen Geistesstörungen begegnet bei Herz-, Nieren- und Lungenkranken, bei Krankheiten des Verdauungs- und Zeugungsapparates, bei allgemeinen Stoffwechselstörungen, bei Infectionskrankheiten, bei Vergiftungen der verschiedensten Art und nach Verletzungen jeder Sorte, die Ihre ganze Aufmerksamkeit in weit anstrengenderer Weise benöthigten, als diejenige Erkrankung, um welche es sich ursprünglich handelte? Ohne auf alle diese Beziehungen einzugehen, wollen wir einige der am häufigsten vorkommenden Zufälle zusammen betrachten.

Das häufige Zusammentreffen von psychischen Störungen und Herzaffectionen ist Sache allgemeiner Beobachtung, und obgleich diese Beziehungen von Manchem überschätzt, von Anderen nicht genügend gewürdigt worden sind, so bestreitet Keiner, dass in einigen Fällen die Erkrankung des Herzens als Ursache der intercurrenten Geisteskrankheit anzusehen ist, während in einer grösseren Anzahl die Geisteskrankheit als Episode

im Verlauf der Herzerkrankung auftritt, eine Episode, welche ihre Erscheinungen wenigstens zum Theil den circulatorischen Veränderungen verdankt, die infolge abnormaler Herzaction auftreten.

In Anbetracht der mehr oder weniger ausgeprägten Störungen der localen Circulation, die infolge Erkrankungen des Herzens auftreten, fällt es auch nicht schwer zu begreifen, dass unter gleichen Umständen, ähnliche Kreislaufsstörungen im Gehirn stattfinden müssen. Es ist hier zu constatiren von Interesse, dass verschiedene Formen psychischer Störung bei verschiedenen Formen von Erkrankung des Herzens begegnet werden. Dass Läsionen der Mitralklappen und solche der Aortenklappen auf diversen Wegen ihre Störungen hervorbringen, so dass z. B. eine Aorten-Insufficienz einen anämischen Zustand hervorbringt, während eine Mitralis-Insufficienz durch die dem zurückkehrenden Blutstrom geleistete Opposition eine passive Congestion veranstaltet, wird es begreiflich, dass je nach der Natur des bestehenden Klappenfehlers wir auch einen verschiedenen Zustand der Gehirncirculation bekommen werden, welcher sodann der Geisteskrankheit seine besonderen Merkmale verleiht. Demnach finden wir auch, dass bei Aorten-Störungen gewisse Charactermodificationen durchaus nicht selten sind. Die Ungeduld, Aergerlichkeit, übertriebene Reizbarkeit; die grenzenlose Characterveränderlichkeit, die emotionelle Erregbarkeit von Patienten, welche an Aorten-Störungen leiden, sind fast characteristisch. Eine Erhöhung dieser Aortenpsyche führt gelegentlich zu ausgesprochener Geisteskrankheit, deren klinisches Bild immer tief von der Grundfarbe gefärbt ist. Bei Mitraliserkrankungen hingegen finden wir unsere Patienten schweigsamer, mehr niedergedrückt, immer unzufrieden und introspectiv, und dementsprechend ist die hier begegnete klinische Form der Geisteskrankheit gewöhnlich die einer einfachen oder agitirten Melancholie. Auch ist Selbstmord bei herzleidenden Patienten nicht selten, und auffallend ist der Umstand, dass fast alle herzkranke Selbstmörder an Mitraliserkrankung gelitten hatten, so dass man ohne weiteres wohl das Suicidium als Ausdruck ihrer depressiven Form der Geisteskrankheit ansehen darf.

Auch bei der Phthise ist das Hinzukommen von Geistesstörung häufig, und ob wir mit Clouston und Maudsley übereinstimmen und eine specielle Form von phthisischem Irre-

sein anerkennen oder nicht, so kann es Keinem, der viele Fälle von Phthise beobachtet hat, entgangen sein, wie sich bei den meisten dieser Patienten eine Eigenthümlichkeit des Characters ausbildet, eine vernunftswidrige Argumentirbarkeit, welche gewiss die Bezeichnung einer Geisteskrankheit verdient. So auch muss Vielen von uns das kurz dauernde, anfallsweise auftretende Delirium aufgefallen sein, welchem einige phthisische Patienten ausgesetzt sind. Hiervon aber abgesehen, ist es Thatsache, dass die Geisteskrankheit, die man am häufigsten bei Schwindsüchtigen antrifft, sich als ein specieller Typus darstellen lässt, und dass das beste Bild dieses Typus uns von C l o u s t o n gegeben worden ist. Bei allen diesen Fällen ist die Geisteskrankheit derart, dass sie von einem krankhaften Misstrauen stark tingirt ist, ein Misstrauen, welches in gewissen Fällen einen milden maniacalischen Character trägt, in anderen aber sich als ausgesprochen paranoisch darstellt.

Ohne näher auf die Beschreibung dieses Bildes einzugehen, mag es genügen, es als eine Form von Erschöpfungspsychose zu characterisiren, eine Form mit einer besonderen Färbung, wie wir sie häufig, aber wiederum mit ihrem ganz besonderem Colorit bei anderen Infectionskrankheiten begegnen.

Bei I n f e c t i o n s k r a n k h e i t e n, bei denen es sich doch um Processe intoxicatorischer Art handelt, welche die Gehirnrinde direct oder indirect durch Hervorbringen von Temperatursteigerung oder durch Störung der Organfunctionen angreifen, begegnen wir psychischen Störungen in mehr oder minder grosser Frequenz und verschiedener Art, je nach der Natur des umsichgreifenden Giftes, seiner Auswahlskraft für gewisse Theile des Nervensystems oder sogar für gewisse Theile der Zelle selbst.

Die Infectionskrankheiten, bei welchen Geisteskrankheiten am häufigsten angetroffen werden, sind Typhus, Pneumonien, die acuten Exantheme, Erysipel, Influenza und Malaria. Typhus, Malaria und Influenza greifen wahrscheinlich das Gehirn unmittelbar an und zwar durch ihr specifisches Gift, was daraus hervorgeht, dass bei diesen Krankheiten die Symptome der psychischen Erkrankung öfters erst dann auftreten, wenn der Patient vollständig fieberfrei ist.

Diese Differenzirung zwischen unmittelbarer und mittelbarer Wirkung ist prognostisch von weit höherer Bedeutung als Sie

vielleicht gewohnt sind, anzunehmen; denn handelt es sich um eine Geistesstörung, welche von der directen Wirkung eines gewissen Agens auf das Gehirn selbst abhängt, so ist es logisch, anzunehmen, dass wir es mit mehr als functioneller Störung zu thun haben, und dass daher eine längere Zeit zur Restitutio ad integrum erforderlich sein wird, als der Fall sein würde, wenn es sich um indirecte Wirkung handelte, wie wenn die Causa morbi in einem fieberhaften Prozess zu suchen ist. Wenn auch theoretisch eine derartige Differencirung gewiss nicht leicht ist, da Fieber ja trotz allem von übermässiger toxischer Anhäufung abhängig ist, so findet sich doch practisch die obige Beweisführung bestätigt, indem diejenigen Psychosen, welche am oder gegen Ende einer acuten Infectionskrankheit auftreten, wie z. B. sofort nach der Crise einer Pneumonie, eine weit ungünstigere Prognose betreffs Dauer der Erkrankung bieten, als jene Psychosen, welche während des Verlaufs eines Fiebers, intermittirend oder exanthematös ihr Erscheinen machen.

Derartigen postfebrilen und febrilen Geistesstörungen begegnet der practische Arzt sehr häufig in seiner Kinderpraxis. Nur noch einige Worte über die speciellen Typen der Geisteskrankheiten, wie sie bei Pneumonien, Typhus und Influenza auftreten.

Bei Pneumonien begegnen wir häufig einem hallucinatorischem Delirium, welches sich nur schwer von einem Delirium tremens, der so häufige Begleiter der Potatoren-Pneumonien, unterscheiden lässt. Ich betone diese Thatsache lediglich deshalb, weil die Prognose der beiden Zustände eine durchaus verschiedene ist.

Nach Pneumonie sowohl wie nach Typhus sehen wir auch manchmal einen Zustand auftreten, der als stuporös schwachsinnig bezeichnet werden kann, oder es stellt sich ein Zustand melancholischer Art ein, der mit vorherrschenden unsystematisirten Wahnideen argwohnischer oder persecutorischer Natur einhergeht und trotz seines bedrohlichen Anscheines fast immer in sehr kurzer Zeit in Genesung ausläuft. Influenza wird nicht selten in ihren frühen Stadien von Selbstmordversuchen, ohne dass eine wirkliche Melancholie existirt, begleitet. Es ist dies ein Zustand der wohl zu unterscheiden ist von der acuten Melancholie, welche häufig als Influenzanachläufer erscheint. Ich habe viele prognostische Irrthümer hier beobachtet, die deshalb nur

begangen wurden, weil der Arzt die beiden Vorkommnisse nicht kannte.

Bei den verschiedenen Zuständen gestörten Stoffwechsels ist das Vorkommen von Geisteskrankheit diverser Art nicht selten. Hierunter sind diejenigen am häufigsten, die bei gewöhnlichem Inanitonszustande angetroffen werden, und ich habe eine Anzahl Fälle psychischer Erkrankung bei solchen Patienten gesehen, die in Folge einer exclusiv einseitigen Kost ungenügend genährt waren; besonders häufig ist mir dieses zu Augen gekommen während derjenigen Behandlung, die hierzulande unter dem Namen eines New Yorker Practikers bekannt ist und die in der ausschliesslichen Verabreichung von rohem Fleisch und heissem Wasser besteht.

Weit häufiger jedoch sind jene Krankheitsformen, bei welchen infolge mangelhafter Excretion oder übermässiger Secretion eine Autointoxication stattfindet.

Hierher gehören diejenigen Geisteskrankheiten, welche als Resultat einer Anhäufung abgenutzten Materials infolge circulatorischer Insufficienz auftreten, jene welche einer Kohlensäurevergiftung bei Lungenkrankheiten oder einer Uraemie bei Nierenkrankheiten zuzuschreiben sind u. a. m.

Als Ursache gewisser Formen Geisteskrankheit, welche dem Arzte tagtäglich in seiner Praxis vorkommen, darf directe Vergiftung nicht vergessen werden. Hier handelt es sich vor allem um den Alcohol. Wenn es auch schwer halten dürfte, die Anzahl der Fälle von Geisteskrankheit zu bestimmen, welche direct oder indirect dem Missbrauch von Alcohol zuzuschreiben ist, so ist es doch keine Ueberschätzung, wenn auf Basis der Anstaltsstatistik 10 Procent aller Geisteskrankheiten von dieser Ursache abhängig betrachtet wird.

Von manchen Beobachtern, die nicht nur Anstaltsfälle, sondern alles zugängliche Material als Basis ihrer Statistik benutzen, wird dieser Procentsatz sogar auf 15—20 veranschlagt. Es ist gezeigt worden, dass in allen Ländern eine Erhöhung des Alcoholconsums eine Erhöhung der Zahl der geisteskranken Einwohnerschaft mit sich zog. Eine Statistik Norwegens zeigt, dass in diesem Lande der Alcoholverbrauch während des Zeitraums von 1844 bis 1871 von 10 Liter pro Einwohner in 1844 auf 4 Liter in 1871 herabfiel, und dass während derselben Periode die Zahl der Geisteskrankheiten im Verhältniss zur Einwohnerzahl ebenfalls um beinahe 50 Procent sank.

Ohne zu viel Gewicht auf diese oder ähnliche Zahlen legen zu wollen, bleibt es doch eine unwiderlegbare Thatsache, dass dem Alcohol eine der prominentesten Rollen bei der Production von Geisteskrankheiten anzurechnen ist.

Das acute alcoholische Delirium und der chronische Säuferwahnsinn sind derart characteristisch, dass eine Verkennung kaum möglich ist.

Anders aber ist es mit den Geistesstörungen, welche infolge von C o c a i n m i s s b r a u c h auftreten. Es kann kaum zu viel Gewicht auf diese modernste Form der Geisteskrankheit gelegt werden, eine Form die unter allen medicamentösen Geisteskrankheiten die häufigste ist. In seinen frühen Stadien documentirt sich dieser Cocainwahnsinn als ausgesprochene psychische Degeneration von schweren Ernährungsstörungen des Körpers begleitet, um später nach vielen Richtungen hin eine Aehnlichkeit mit dem alcoholischen Irrsinn, jedoch unter Beibehalt seiner eigenen besonderen Characteristiken anzunehmen. Ich kann nicht umhin, mir hier einige Worte über die ausserordentlich trübe Prognose dieser Fälle zu erlauben. Fast sämmtliche derartige Patienten, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte, haben, wenn auch infolge temporärer Befreiung von ihrer Droguengewohnheit gebessert, doch bald Rückfälle erlitten und mit diesen trat dann auch eine geistige Deterioration zum Vorschein, welche gradatim zunahm und das Bestehen einer unheilbaren Encephalitis vermuthen liess.

Wie bei den schon genannten und vielen anderen Geisteskrankheiten, die ich nicht nennen werde, ist es wiederum der Hausarzt, der zuerst aufmerksam gemacht wird auf diejenigen Geistesstörungen, welche bei Frauen im Zusammenhang mit Generationsprozessen auftreten, jene Störungen also, die während der Schwangerschaft, nach der Entbindung und zur Lactationszeit beobachtet werden.

Gerade weil bei den meisten Frauen diese Phasen des Lebens sich ohne ernstere Folgen für Mutter oder Kind abspielen, giebt es kein Vorkommniss, welches als weittragender noch mit grösserem Entsetzen seitens der Familie angesehen wird, als eine um diese Zeit auftretende Geisteskrankheit.

Ein derartiges Auftreten ist auch gewöhnlich unerwartet und oft ganz und gar ohne vorherige Andeutung kommen die positiven, ausgesprochenen und unverkennbaren Symptome zum

Ausdruck. Die klinische Form der Schwangerschaftspychose ist gewöhnlich die der psychischen Depression, in vielen Fällen die eines Stupor. Deliriöse Aufregung tritt vereinzelt, also ausnahmsweise auf. Einige dieser depressiven Fälle verlaufen als wirkliche Melancholie, während andere, besonders diejenigen, welche in der Frühperiode der Schwangerschaft auftreten, niemals die Grenzen einer Depressio mentis überschreiten.

Bei Beurtheilung des wahrscheinlichen Ausgangs der depressiven Zustände, die während der Schwangerschaft auftreten, soll niemals vergessen werden, dass viele periodisch recidivirende Psychosen sich zum ersten Male während einer Schwangerschaft äussern, und dass sie darnach regelmässig, bei jeder zukünftigen Schwangerschaft, oder sogar ohne derartige Veranlassung, wieder auftreten.

Ich möchte auch dem Umstande Rechnung getragen wissen, dass, von den ausgeprägten Psychosen abgesehen, die vielen Gefühlsanomalien, die während der Schwangerschaft beobachtet werden, mehr und eingehendere Berücksichtigung verdienen, als ihnen häufig zu Theil wird. Bei vielen Frauen haben die Reizbarkeit, die krankhafte Empfindlichkeit, die Abneigung gegen Mann und Familie, die sich hier äussern, wenig Bedeutung — bei anderen aber sollten diese Vorkommnisse als Warnungen angesehen werden, als drohendes Gefahrsignal eines während oder nach der Entbindung zu kommenden Ausbruches. Weit häufiger als die Schwangerschaftspsychosen sind jene Geisteskrankheiten, die während der Entbindung oder im Puerperium auftreten, und diese sind im Gegensatz zu ersteren fast ausschliesslich maniakalischer Natur. Hier begegnen wir häufig plötzlich während der Geburt auftretenden deliriösen Aufregungszuständen, öfters von impulsiven Angriffen auf die eigene oder Person des Kindes begleitet, oder auch exaltirte maniakalische Anfälle, die mit Tendenzen zum Selbstmord oder mörderische Angriffe auf die Umgebung einhergehen und die gegen Ende der ersten Woche post partum auftreten.

Psychosen der Lactationsperiode sind nicht so häufig, als die des Puerperiums, häufiger aber als die der Schwangerschaftszeit, und hier halten Depressionszustände mit Aufregungszuständen, was Frequenz anbelangt, etwa gleichen Schritt.

In Anbetracht dessen, was mir noch zu sagen erübrigt, habe ich, wie mir scheint, genügendes Material angeführt, um Ihnen

klar zu stellen, dass die Beziehungen zwischen körperlicher Erkrankung und Geisteskrankheit sehr weitgehende sind.

Erlaubte es die Zeit, könnte noch vieles über tägliche Vorkommnisse gesagt werden; nennen will ich nur das Auftreten von Geisteskrankheiten nach Trauma, Narcose, Insolation, Syphilis und Chorea, um von dem Einfluss, welchen Organerkrankungen auf das Hervorbringen von Geisteskrankheiten ausüben, gar nicht zu reden. Jedoch die Zeit vergeht und es liegt mir daran, Einiges über Prophylaxe und Fürsorge der Geisteskrankheiten durch den Hausarzt zu sagen.

Dem practischen Arzt verdankt die Welt die Einschränkung, ja sogar die Abschaffung, einiger ansteckender Krankheiten, die hervorragenden Verbesserungen unserer sanitären Zustände, die Prophylaxe im Allgemeinen. Es kann aber keine bedeutendere Frage der Prophylaxe geben, als die nach der Beschränkung der Anzahl der Geisteskranken, und dennoch weiss ich, dass keine Frage von dem Hausarzt weniger beachtet wird, als gerade diese. Es geht nicht an, noch so wenig über die Verhütung von Geisteskrankheit zu sagen, ohne vorerst von Heredität zu sprechen, von jenem biologischen Phaenomen, welches die Welt regiert, und welches in der Ueberlieferung der natürlichen oder angeeigneten Eigenschaften der Ascendenz auf der Descendenz besteht.

Heredität ist die Erhaltungskraft der Eigenschaften lebender Materie. Jede Materie ist lebend, nur unter der Voraussetzung, dass sie gegen äussere Eindrücke reagirt, und jede Reaction kann nur durch Adaptiren oder Fügen gegenüber den umgebenden Bedingungen stattfinden. Daher strebt diese Anpassung immer einer Modification oder einer Transformation zu — sie ist eine evolutionäre Kraft, die sich gegen die directe Vererbung sträubt. Bei jeder Prophylaxe der Geisteskrankheit müssen wir daher mit zwei Hauptfactoren rechnen; erstens mit der vererbten Anlage selbst, zweitens mit den umgebenden Bedingungen und der Anpassungskraft des Individuums. Auf die Modification und Regulation des zweiten Factors müssen alle unsere erfolgversprechende Bemühungen gerichtet werden.

Die basischen Principien der Heredität sind derart Allgemeingut geworden, dass bei den meisten Familien der gebildeteren Klassen das wirkliche Vorhandensein von Geisteskrankheit bei einem Mitgliede der Familie ernstere Erwägungen mit sich zieht bevor Erlaubniss zum Eingehen einer Heirath gegeben wird.

Derartige Erwägungen laufen immer dahin aus, dass der Familienarzt zuerst um Rath angegangen wird, und es liegt daher oft in seiner Kraft, unzweckmässige Eheschliessungen zu verhüten. Demnach kann die Prophylaxe der Geisteskrankheit durch die hier vom Hausarzt gegebene Antwort schon sehr früh beginnen. In den meisten Fällen erfordert diese Antwort nicht viel Ueberlegung, denn bei wirklichem Bestehen einer Geisteskrankheit bei der einen oder anderen der in Betracht kommenden Parteien kann keine Meinungsverschiedenheit über den zutreffenden Rath existiren.

In anderen nicht so leicht zu entscheidenden Fragen ist aber unglücklicherweise der Arzt selbst sich der Gefahren, welche hereditäre Belastung auf die Weiterpflanzung von Minderwerthigen ausübt, nicht genügend bewusst. Es ist Pflicht eines jeden Arztes, seinen Clienten nur solchen Rath zu ertheilen, der auf der Höhe der gegenwärtigen Fachwissenschaft steht, und daher niemals ausser Acht zu lassen, dass die Vererbung einer der häufigsten Ursachen späterer Geisteskrankheit ist. Ich kenne Aerzte, die selbst Ehe eingingen mit einer Patientin, die vor Kurzem eine Psychose durchgemacht hatte! Ganz abgesehen von dem zukünftigen persönlichen Trübsal, das hierdurch angebahnt wurde, frage ich Sie, ist das ein Beispiel, dem Publicum, welches vom Rathe des Arztes abhängt, darzubieten?

So auch habe ich oft gesehen, wie bei gewissen Formen hysterischer Geisteskrankheit das Heirathen nicht nur nicht verboten, sondern vom Arzte als Behandlungsmethode anempfohlen wurde. Es ist sicherlich nicht nöthig, dass ich dieses Vorgehen als Kunstfehler bezeichne und Ihnen sage, dass solchen Patienten nicht nur nicht genützt, sondern dass ihnen im Allgemeinen dadurch geschadet wird. Hiervon aber ganz abgesehen und von weit höherer Bedeutung ist die Frage nach dem Einfluss, der durch derartige Ehen auf die Nachkommenschaft ausgeübt wird. Diesbezüglich steht fest, dass bei bestehender und auch bei abgelaufener Psychose eine Heirath nicht erlaubt sein sollte. Eine andere aber hiervon abhängige Frage ist die, ob es einer Frau, die während einer Schwangerschaft oder im Puerperium eine Geisteskrankheit durchgemacht hat, erlaubt sein sollte, wieder gravid zu werden, oder wenn sie es schon ist, ob sie die Frucht austragen soll. Es ist diese Frage eine schwerwiegende; sie wird dem Hausarzt nicht selten vorgelegt und kann nur dann gewis-

senhaft beantwortet werden, wenn jeder einzelne Fall und alle bezüglichen Umstände reifer Ueberlegung unterworfen sind.

Ist nun aber das Kind belasteter Eltern da, so liegt die grösste Gefahr für das Zustandekommen von Geisteskrankheit bei diesem Kinde in seiner Umgebung und Art seiner Erziehung, und keiner wird hierüber öfter um Rath angegangen, keiner sollte befähigter sein, ihn zu ertheilen, als der Hausarzt. Hier handelt es sich dann um die mannigfaltigen Fragen der Ausbildung. Soll ein derartiges Kind geschont, soll es angespornt und ermuthigt werden? Ist sein Schulunterricht zweckentsprechend oder nicht? u. a. m.

Für mich ist es schon längst entschieden, dass im Allgemeinen zu viel von den Kindern in den Schulen verlangt wird, und dass die Kinder, wenn sie den gestellten Anforderungen nachkommen, unter der Last der Anstrengung zusammenbrechen würden. Glücklicherweise ist die Ermüdung ein Sicherheitsventil, welches häufig einen psychischen Zusammenbruch verhütet; manche Kinder sind aber so ehrgeizig, dass die warnenden Ermüdungszeichen unbeobachtet bleiben, während andere so neurotisch und erregbar sind, dass sie abnorm leicht ermüden. Kinder dieser Art müssen unterdrückt, zurückgehalten werden, und der Hausarzt sollte zu diesem Zwecke der befähigte Rathgeber sein.

Auf eines möchte ich die Aufmerksamkeit hier lenken, und das ist die Frage nach körperliche Anstrengung als Erholungsmittel gegen geistige Ermüdung. Es ist dies eine Lehre, die von so vielen Aerzten befürwortet wird, dass ich nicht umhin kann, mich ganz energisch dagegen auszusprechen. Körperliche Ermüdung setzt die geistige Leistungsfähigkeit herab, und der geistig Ermüdete kann sich besser durch körperliche Ruhe als durch körperliche Anstrengung erholen. Damit will ich gewiss nichts gegen Körperbewegungen und Gymnastik als Theil der Kindererziehung gesagt haben, auch die Muskeln müssen entwickelt werden, aber ermüdende Körperbewegungen sollen nur dann unternommen werden, wenn die geistigen Tagesarbeiten zu Ende, wenn keine weiteren Anforderungen an die Geistesthätigkeit zu stellen sind.

Auch bei Heranwachsenden und Erwachsenen ist die prophylactische Fürsorge der Geisteskrankheit ein fruchtbares Feld und die Bewachung des Einzelnen, um die individuelle Constitution gegen Angriffe zu schützen, die die psychische Integri-

tät gefährden könnten, kann von Keinem so erfolgreich ausgeführt werden, als von dem Hausarzte. Die Wahl eines Berufes, die Anpassung der täglichen Beschäftigung zu den Befähigungen des Individuums, die richtige Ausnützung der Erholungszeit sind Fragen die er oft zu lösen haben wird.

Angedeutet haben wir schon, welche einflussreiche Rolle der Alcohol auf das Hervorbringen von Geisteskrankheiten auszuüben im Stande ist; werden aber alle derartig durch Alcoholeinfluss direct oder indirect hervorgebrachte Psychosen zusammengestellt, so steht ihre Zahl, so gross sie auch sein mag, weit hinter der Zahl derjenigen Geisteskrankheiten zurück, die durch Syphilis hervorgebracht worden sind. In Anbetracht der weitausgedehnten Prävalenz der progressiven Paralyse kann der Behauptung, dass die acquirirte Lues eine der potentesten Ursachen bei dem Hervorbringen von Geisteskrankheit ist, wenig entgegengestellt werden. Bezüglich des causalen Zusammenhanges zwischen Syphilis und Dementia paralytica geben die meisten Beobachter zu, dass bei einer sehr grossen Anzahl Paralytiker eine luetische Vorgeschichte zu eruiren ist, und Einige gehen sogar so weit, den Satz aufzustellen, alle Paralytiker haben Syphilis gehabt, ohne Syphilis keine Paralyse. Diesbezüglich schreibt Krafft-Ebing:

„Bekanntlich besitzt der menschliche Organismus der Lues gegenüber keine Immunität, ausser derselbe wäre durch hereditäre Lues oder durch acquirirte früher immun geworden, wobei die Möglichkeit einer übrigens sehr seltenen Reinfection immer noch in Betracht käme. Ein solcher Versuch der Probeimpfung wurde an Paralytikern vorgenommen."

Krafft-Ebing berichtet dann über 9 Krankengeschichten und Protocolle, die von einem von ihm als wissenschaftlich und zuverlässig verbürgtem Arzte ausgingen. Diese Krankengeschichten betrafen neun männliche Paralytiker, bei keinen von welchen sich irgend welche Beweise für vorhanden gewesene Lues bringen liessen. Diese Paralytiker wurden nun, um die mögliche Existenz von latenter Lues zu eruiren, von dem obigen Forscher durch 15—20 Incisionen und Einimpfung bekannt virulenten Materials mit Syphilis inoculirt. Acht dieser Patienten wurden während 180 Tage, und einer während nur 72 Tage äusserst sorgfältig beobachtet, ohne dass bei einem einzigen irgend welche syphilitische Reaction oder andere Symptome zum

Vorschein kamen. Diese Immunität der syphilitischen Inoculation gegenüber lieferte also den Beweis, dass diese Patienten schon syphilitisch waren, wenn auch nicht in irgend einer constatirbaren Form. Hierauf und auf Grund vielfacher anderer klinischer Beobachtung und Statistik ist sicherlich nicht zu viel behauptet, wenn gesagt wird, dass die Lues ein essentieller Factor bei dem Hervorbringen der progressiven Paralyse sei.

Krafft-Ebing hat auch sehr beredt gezeigt, wie unsere Civilisation den Grundstein der Syphilis legt, wie alle Factoren, wie Sturm und Drang, die Ehefrage u. s. w. die Bahn zu einer syphilitischen Infection ebnen. Er hat durch seine fesselnde Darstellungsweise unsere Aufmerksamkeit darauf hingelenkt, wie „unzählige Menschen durch den Kampf um's Dasein zu rücksichtslosen Strebern gemacht wurden — wie alle psychischen und geistigen Kräfte bei diesen Strebern benutzt werden; wie allerhand Reiz- und Genussmittel von einem derartig strapazirten Nervensystem vereinigt wird; wie die geschwächten Existenzbedingungen der Neuzeit, die Möglichkeit, einen eigenen Herd zu gründen, immer schwieriger macht. Das Resultat ist Coelibat oder späte Eheschliessung. Daraus resultirt ausserehelicher Geschlechtsverkehr, fast ausschliesslich in Gestalt von Prostitution mit allen daraus entstehenden Gefahren." Das Facit dieser Betrachtungen ist mithin, dass die Ursachen der progressiven Paralyse, um das Stichwort Krafft-Ebing's zu benutzen, in der Civilisation und Syphilisation zu suchen sind.

Der Einfluss der Syphilis auf das Hervorbringen der Dementia paralytica einmal festgestellt, sollte kein Opfer gescheut werden, um diesem Einfluss entgegenzutreten, denn hierdurch wird die Dementia paralytica der Zahl der verhütbaren Krankheiten angereiht. Ihre Verhütung aber ist gleichbedeutend mit der legislativen Controlle der Prostitution und mit der Anzeigepflicht der Syphilis als ansteckende Krankheit.

Werden diese Maassregeln als unpractisch, als utopisch angesehen, dann ist wenigstens die Einpflanzung der Lehren der Selbstbeherrschung, der Gefahren der Syphilis in den Geist unserer Patienten, kurz ein Angriff auf die Uebel die zur Prostitution führen, ein Pfad, den der Hausarzt ungefährdet betreten darf, und auf welchem er unsaglich viel Gutes zu leisten im Stande sein wird. In dem weitesten Sinne also liegt die Prophylaxe der Geisteskrankheit in der Hand des Hausarztes.

Die Ausbildung der Jugend, der Beruf und die Beschäftigung der Erwachsenen, die Ehefrage, sind alles Richtungen, nach welchen hin der Hausarzt fast unbegrenzten Einfluss zum Guten entfalten kann, und die Zügel, welche der stetig zunehmenden Zerstörung von Energie und Widerstandskraft, die zum moralischen und geistigen Untergang führt, Einhalt leisten sollen, kann keiner der Gesellschaft besser und leichter anlegen, als gerade der allgemeine Arzt.

Wie gezeigt worden ist, sind die Beziehungen des Hausarztes zu seinen geisteskranken Patienten weitgreifend, aber nirgends ist die active Verantwortlichkeit grösser als in der Art der Fürsorge und Behandlung, die der Arzt diesen Patienten zukommen lässt.

Es fällt ihm zu, im Publicum richtige Ideen über die Fürsorge der Geisteskranken zu verbreiten; er ist es, der das Publicum dahin erziehen muss, dass es das Verhältniss von Geisteskranken zur Irrenanstalt in demselben Lichte anzusehen hat, als dasjenige, welches zwischen Patient und Hospital besteht. Auf ihn fällt die Bürde des allerfrühesten Rathes, abgesehen von allen Fragen der activen Medication, der Auswahl der angemessenen Wartung und das frühzeitige Erkennen einer drohenden Gefahr.

Aber die Frage nach der richtigen Fürsorge ist keine so leicht zu beantwortende, als sie für Manchen den Anschein hat. Der Arzt muss sich darüber klar werden, dass Geisteskrankheiten in verschiedener Form und verschiedener Stärke auftreten, und auch dass es unerlaubt ist, irgend Jemanden mehr in seiner freien Handlung einzuschränken, als durch sein eigenes und Anderer Wohl geboten wird.

Hieraus geht hervor, dass in verschiedenen Fällen, verschiedene Fürsorge angemessen sein wird. Die Einen bedürfen der Pflege der Irrenanstalt, die Anderen Privat- oder Hospitalbehandlung. Die Entscheidung, welche Fälle so und welche so behandelt werden sollen, erfordert gründliche Beobachtung und ein gereiftes Urtheil, aber nicht mehr als viele andere Fragen der täglichen Praxis. Fast alle sollten aus der Heimath entfernt werden und in andere Umgebung kommen! Die Anzahl derjenigen Geisteskranker, die zu Hause regelrecht verpflegt werden kann, ist eine verschwindend kleine; viele gehören in Anstalten, aber für eine grosse Anzahl dieser ist die geschlossene Irren-

anstalt der ungeeignete Platz. Viele Geisteskrankheiten, hervorgebracht durch Verletzungen, Intoxicationen, Kummer, langdauernde geistige Ueberbürdung sind der Privatpflege fern vom eigenen Heim unterwerfbar. Die acuten Geisteskrankheiten weisen einen grossen Procentsatz Wiederherstellungen auf, und mancher Irrsinnige ist kaum so störend als mancher Typhuspatient. Viele derartiger Patienten, die jetzt unter den Associationen, die eine Irrenanstaltsbehandlung nothwendigerweise mit sich zieht, nicht zu dauernder Heilung kommen, würden genesen, davon bin ich überzeugt, wenn sie mit demselben Tact und derselben Geduld, mit derselben individuellen Aufmerksamkeit und medicinischen Kunst behandelt würden, wie andere an anderen Krankheiten leidenden Patienten. In ganz besonderem Maasse ist dieses der Fall bei Kindern. Heilbare Geisteskrankheit und vorübergehende Psychosen sind bei Kindern durchaus häufig. Ferner sollte die grosse Anzahl der Grenzfälle ausserhalb der Irrenanstalt behandelt und versorgt werden.

Während es mir nun durchaus fern liegt, in Abrede stellen zu wollen, dass die moderne, wohlausgestattete Irrenanstalt das Aggregat sämmtlicher physischer und psychischer Behandlungsmethoden repräsentirt, dass alle schwere und acut auftretende Geisteskrankheiten, wenn von Selbstmordideen, Nahrungsverweigerung, Aufregung, Unreinlichkeit oder Gewaltthätigkeit begleitet, sobald als thunlich in eine Anstalt gebracht werden sollen, und dass irgend welche Verzögerung unter dem Mäntel irgend welcher Daheimbehandlung ein Kunstfehler ist und nicht kräftig genug gerügt werden kann — so ist aber unter Anstalt nicht nothwendigerweise die geschlossene Irrenanstalt zu verstehen. Viele, ja sehr viele Fälle könnten gut und regelrecht in allgemeinen Hospitälern aufgenommen werden. Es kann sich Keiner einen zufriedenstellenden Begriff über die Ausführbarkeit einer derartigen Hospitalbehandlung bilden, der nicht einige Erfahrung in der Behandlung Geisteskranker durch Bettruhe besitzt. Im Lichte einer derartigen Erfahrung kann man aber nicht anders als Neisser beistimmen, wenn er sagt, dass „aufgeregte Geisteskranke, sowohl melancholisch Beängstigte als hallucinatorisch Verwirrte und ganz besonders auch maniakalisch erregte auf ärztliche Anordnung und bei geeigneter Wartung ruhig im Bett liegen bleiben; ruhig oder lärmend, es sei wie es sei; aber sie bleiben liegen, und das ist die Hauptsache! Das ist gewissermaassen das Ei des Columbus!"

Wenn die allgemeinen Hospitäler für Geisteskranke Raum geschaffen haben werden, wenn der Melancholiker der Bewachung und Ernährung bedarf, der Neurastheniker, der Massage haben soll, der Hysteriker, der isolirt werden muss, und gewisse andere Psychosen in allgemeinen Hospitälern Aufnahme finden können, dann wird die Aufgabe des Hausarztes, seine geisteskranke Patienten von Hause weg zu schicken, ihm erleichtert werden, und was von grösserer Bedeutung ist, dann wird Geisteskrankheit als ein für sich abgesondertes Ganzes ihre Stellung verloren und die Symptome gestörter Function werden dann als Beweise gestörter Structur angesehen werden — und dann erst wird der Begriff Geisteskrankheit mit dem Begriff Krankheit überhaupt innig zusammengknüpft bleiben.

Ueber Sklerema neonatorum.*)

Von Dr. C. Schmitz.

Meine Herren, ein in jüngster Zeit von mir beobachteter Krankheitsfall hat soviel des Eigenthümlichen und Bewundernswerthen, dass ich es für nicht unangebracht erachte, Ihnen zunächst eine Schilderung desselben zu geben und anschliessend daran einige Allgemein-Bemerkungen folgen zu lassen über das Wesen der Krankheit, beziehungsweise den Standpunkt, den die Wissenschaft ihr heutzutage gegenüber einnimmt.

Frl. M. H., die schon als Fünfzehnjährige der Liebe Lust gekostet, wird am 30. October von mir von einem unreifen, aber lebenden Knaben entbunden. Gemäss ihrer eigenen Aussage will sie am 13. Mai l. J. von ihrem feurigen, 17jährigen Seladon geschwängert worden sein, eine Angabe, gemäss welcher das Kind als 5½ Monat alt angesehen werden müsste. Dies steht indess nicht im Einklang mit den äusseren Merkmalen, der Entwickelung des Neugeborenen und dem Umstande, dass derselbe 17 Tage hat am Leben erhalten werden können. Dieser Punkt hat im vorliegenden Falle insofern eine besondere Bedeutung und zwar in forensischer Hinsicht, als die Angehörigen des Mädchens den Verführer ihrer Tochter, der der Liebe böse That entschieden in Abrede stellt, haben verhaften lassen, so dass derselbe

*) Vortrag gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt Cleveland am 6. December 1900.

unter $1000 Bürgschaft vom Magistrat dem Commonpleasgericht überwiesen worden ist. Doch dies zur Vorgeschichte nur nebenbei.

Das Kind war meines Erachtens mit sieben Monaten geboren. Zu dieser Ansicht bestimmten mich die folgenden äusseren Merkmale desselben: Es zeigt ein greisenhaftes Aussehen, ist mager mit nur geringer Fettentwickelung, Haut sehr faltenreich, Gewicht zwei und drei Viertel Pfund, Länge 16½ Zoll, Kopfumfang 13½ Zoll; die Haut ist intensiv roth, nicht besonders stark mit vernix caseosa bedeckt. Der Knorpel an Ohren und Nase ist ganz weich, zeigt keine Spur der Härte eines reifen Kindes, Kopfhaare sind nicht besonders reichlich vorhanden, daneben Lanugo, besonders an den Schultern, noch deutlich sichtbar. Die Bewegungen des Kindes sind ziemlich lebhaft, die Stimme dagegen ist nur äusserst schwach. Der Puls ist klein, kaum fühlbar, die Herztöne rein. Meconium wird erst nach 36 Stunden entleert. Die am zweiten Tage vorgenommene Messung ergiebt subnormale Temperatur, 97° F., obwohl ich das Kind sofort nach der Geburt in Watte einhüllen und mit Wärmeflaschen umgeben liess. Versuche, das Kind an die Luft zu gewöhnen, fallen vollständig negativ aus, das Saugvermögen ist erschwert, doch gelingt es, dem Kinde aus dem Löffel Milch einzuflössen; ich lasse die Muttermilch auspumpen und setze derselben jedesmal einen Tropfen Spiritus aethereus zu. Im übrigen zeichnet sich das Kind von vorneherein durch fast anhaltenden Schlaf aus, der nur unterbrochen wird, wenn ihm Nahrung beigebracht oder wenn es gewaschen wird. Am sechsten Tage bemerke ich, dass die Haut des Kindes, die bis dahin in weiten Falten die Glieder bekleidete, anfängt, eine Art Spannung anzunehmen, vorzugsweise ist dies Phänomen ersichtlich an den unteren Extremitäten. Man fühlt hier recht deutlich, dass die Hautdecken ihre Weichheit verlieren. Im Verlaufe der nächsten Tage tritt diese Erscheinung noch deutlicher hervor, die Spannung nimmt zu, dehnt sich auch aus bis zu den Hinterbacken und zur Lumbalgegend hinauf. Die Haut fühlt sich glatt an, dabei eine lederartige Härte annehmend. Die Farbe der Haut verwandelt sich in ein schmutziges Gelb, die Temperatur bleibt stets subnormal, beträgt am zehnten Tage nur 96° F., Puls ist jetzt nicht mehr zu fühlen. Die erwähnte Härte der Haut nimmt dann während der folgenden Tage sowohl an In-

tensität als an Umfang zu, so dass schliesslich der ganze Körper mit Ausnahme des Gesichts von ihr befallen ist. Die Theile sind starr und kalt und geben der umtastenden Hand den Eindruck, als ob man Holz oder Stein anfasste. Mit diesem weitern Umsichgreifen der äusseren Erscheinungen an der Haut geht Hand in Hand eine zunehmende Schwäche und weiteres Sinken der Eigenwärme; die Hertöne sind nicht mehr wahrzunehmen, das Einflössen der Nahrung fällt immer schwerer, wird in den letzten 36 Stunden ganz unmöglich, die Athmung wird langsamer und oberflächlicher und unter lethargischem Schlafe ist schliesslich das Leben entwichen. Die 6 Stunden vor dem Tode vorgenommene Temperaturmessung ergab nur 95 Grad F.

Meine Herren, das Ihnen hier geschilderte Krankheitsbild ist bekannt unter dem Namen Sklerema neonatorum. Wir verstehen also darunter, um das Leiden in Uebereinstimmung mit dem Standpunkt, den die Wissenschaft demselben heutzutage gegenüber einnimmt, kurz zu definiren, eine unter lebhaftem Sinken der Eigenwärme einhergehende Verhärtung der Haut und des unter ihr liegenden Zell- und Fettgewebes bei neugeborenen Kindern.

Gemäss Angabe in der einschlägigen Literatur scheint Umberius, ein Arzt aus Ulm, der erste gewesen zu sein, der über die Krankheit berichtet, indem er „im Jahre 1718 von einem im achten Monate der Schwangerschaft geborenen Kinde spricht, das so hart wie Stein und kalt wie Eis lebend zur Welt kam." Aus den darauf folgenden Mittheilungen und Berichten, die bestehen in Beobachtungen von Curcio, Reddelius, Deumann und Underwood und in einer Reihe von Dissertationen, geht zur Genüge hervor, dass über die Krankheit recht grosse Verwirrungen und Unklarheiten geherrscht haben, wie schon die zahlreiche Nomenclatur beweist; man nannte das Leiden ausser Sklerema, Skleroma, Sklema, Sklerysma, Sklerodermia, Oedema neonatorum, Induratio telae cellulosae, Induratio adiposa.

Erst der neuesten Zeit war es vorbehalten, mehr Licht über das Dunkel der Krankheit verbreitet zu haben, und zwar ist dies besonders den Forschungen von Clementowsky und Parrot zu danken. Letzterer führt in seinem Werke über Athrepsie den Nachweis, dass bis dahin zwei eigentlich grundverschiedene

Krankheitszustände mit einander verwechselt und zusammengeworfen wurden, nämlich das Sklerem und Oedem der Neugeborenen. Letzteres werde ich bei der Differential-Diagnose noch näher berühren.

Anlangend die pathologische Anatomie des Sklerems, so ist zu bemerken, dass die Haut und das Rete Malpighi hochgradig atrophiren und sich verdichten, dass das Bindegewebe wuchert, die einzelnen Bindegewebsstränge dicker werden und sich vermehren, dagegen das Fett beträchtlich schwindet; die Fettzellen erscheinen grösstentheils ihres Fettinhalts beraubt und zu eiförmigen Gebilden geschrumpft, ein Kern ist bei den einzelnen Zellen deutlich wahrnehmbar. Auch die Blutgefässe sind vom sklerematösen Processe befallen, ihr Lumen hat sich dermaassen verengt, dass dasselbe nicht mehr wahrgenommen werden kann. Die trockne, starre Haut lagert fest ihrer Unterlage an.

Aetiologie: Die Krankheit befällt meistens frühgeborene Kinder mit herabgesetzter Lebensenergie. Die ersten Symptome machen sich geltend vom zweiten bis sechsten Lebenstage, seltener nach dem achten. Congenitale Herzfehler, ungünstige Aussenverhältnisse, Kälte, schlecht ventilirte Wohnräume, ungenügende, elende Nahrung, Darmcatarrhe, Syphilis sollen prädisponirende Momente abgeben zu ihrem Auftreten. In dem von mir erwähnten Falle hatte die Mutter des Kindes Gonorrhoe mit profusem, rahmähnlichem Ausfluss, circa 300 Condylomata acuminata bildeten einen nicht beneidenswerthen Schmuck um vulva, perineum und anus herum. Nach der Geburt des Kindes wurde die Mutter von einer stark schmerzenden, gonorrhoischen Kniegelenkentzündung befallen.

Diagnose: Dieselbe ist in Gemässheit mit den geschilderten Symptomen unschwer zu stellen. Differentiell-diagnostisch könnte zunächst Trismus neonatorum in Betracht gezogen werden. In Fällen, wo der sklerematöse Process auch das Gesicht befallen hat und durch die Theilnahme der Lippen der Mund geschlossen ist, könnte leicht eine Verwechselung mit Trismus neonatorum vorkommen. Ein Kind mit Trismus kann, am Nacken umgriffen, wie ein starrer Körper in die Höhe gehoben und in der Luft schwebend erhalten werden. Dieselbe Manipulation lässt sich auch mit einem von Sklerem befallenen Kinde anstellen, allein, während bei Trismus dieses spastische Symptom

entweder einen intermittirenden oder doch wenigstens remittirenden Character hat, ist die Starrheit und Immobilität der Glieder beim Sklerem ein andauerndes Symptom; ferner haben wir bei Trismus entweder normale Temperatur oder starke Temperatursteigerung, beim Sklerem dagegen subnormale Temperatur. Dass man bei einem ausgeprägten Falle von Sklerema auch leicht an tetanische Contraction der gesammten Musculatur denken könnte, will ich nur nebenbei erwähnen: Obwohl grundverschieden von Sklerem ist, wie ich schon früher angeführt, das Oedem der Neugeborenen vielfach mit ersterem verwechselt worden, namentlich zur Zeit, als über das Wesen des Sklerems noch grosse Unklarheit und Verwirrung herrschte. Während beim Sklerem die starren, stark atrophirten Hautdecken quasi fest mit den unterliegenden Theilen verwachsen sind, macht sich beim Oedem fast das gerade Gegentheil geltend, indem die Haut durch Infiltration des subcutanen Bindegewebes sich ausgedehnt und von der Unterlage abgehoben hat. So machen sich denn hier alle Zeichen eines echten Oedems geltend. Es muss indess zugegeben werden, dass bei sehr hochgradigen Fällen von Odem eine gewisse Härte, Starrheit und Unbeweglichkeit der Glieder eintreten kann, doch wird dieselbe niemals den Grad erreichen, wie beim Sklerem. Auch das pathologisch-anatomische Bild des Oedems ist grundverschieden von dem des Sklerems. „Wir finden Infiltration des subcutanen Bindegewebes mit seröser, gelblicher Flüssigkeit, während das Fett zu einer gelbröthlichen oder bräunlich körnigen Masse verdichtet erscheint; beim Einschneiden sklerosirter Hautdecken finden wir nicht e i n e n Tropfen Flüssigkeit, und das Fettgewebe ist bis auf wenige Rudimente verkümmert." Trotz alledem muss eine gewisse Aehnlichkeit zwischen beiden Krankheiten eingeräumt werden und zwar in Bezug auf die Begleiterscheinungen derselben. Die Abnahme der Lebensenergie, das Sinken der Eigenwärme, die Kleinheit des Pulses, die zunehmende Schwäche der Herzthätigkeit sind Erscheinungen, die beiden Erkrankungen gemein sind.

P r o g n o s e: Dieselbe ist ganz und gar ungünstig, da die Krankheit unheilbar ist. Die Kinder gehen alle zu Grunde, und zwar führt äusserster Collaps den Tod herbei entweder in einigen Tagen oder doch im Verlaufe von zwei bis drei Wochen.

T h e r a p i e: Prophylactisch sollte vor allem für ein gut ventilirbares, helles Krankenzimmer Sorge getragen werden.

Da es sich durchweg um frühgeborene, unreife Kinder handelt, bei denen das Saugvermögen erschwert oder ganz unmöglich ist, so müssen dieselben mit abgezogener Mutter-, Ammen- oder Kuhmilch ernährt werden. Daneben verlangt die künstliche Erwärmung besondere Aufmerksamkeit. Man hülle das Kind in gewärmte Watte oder Wolle, frottire es mit erwärmtem Flanell, umgebe es mit Wärmeflaschen oder warmen Sandsäcken.

Was die interne Behandlung anbetrifft, so wird doch immerhin der Versuch angebracht sein, durch kleine Gaben von Wein oder Whisky, Spiritus aethereus tropfenweise der Milch zugesetzt, die sinkende Herzkraft zu erhalten, wenn wir auch die Gewissheit haben, dass alle diese Maassnahmen ohne Erfolg bleiben werden.

No. 1425 Lorain St.

Tuberculose der Tonsillen. Behandlung der Lungentuberculose mit electrischem Licht und Sauerstoff.*)

Von Dr. W. Freudenthal.

Der 18jährige junge Mann, den ich Ihnen hier vorstelle, leidet seit drei Jahren an Lungentuberculose. Seit einem Jahre klagt er über Halsschmerzen und ist 9 Monate lang heiser. Er wurde in Denver von Dr. Robert Levy, einem hervorragenden Laryngologen, behandelt, seine Schluckbeschwerden steigerten sich jedoch und er kam deretwegen nach New York zurück. Vor 10 Tagen besuchte er mich zum ersten Mal, und ich fand ausgedehnte Tuberculose beider Lungen, Ulcerationen der Epiglottis und der rechten aryepiglottischen Falte. Pat. klagte über „schreckliche" Schmerzen im Halse und im Ohr, seit 2 Monaten könne er nur sehr wenig Nahrung herunterschlucken und er sei fast „verdurstet," da er seit einer Woche auch nicht einen Schluck Wassers oder sonstiger Flüssigkeit herunterbringen konnte. Auf Grundlage meiner früheren Erfahrung in der Behandlung derartiger tuberculöser Ulcerationen, versprach ich dem Patienten, dass er nach Einspritzung einer Menthol-Orthoform-Emulsion sicher noch an demselben Tage würde schlucken

*) Nach einer Demonstration bei der Zusammenkunft Deutscher Aerzte am 23. November 1900.

können. Er ging nach Hause und — konnte nicht schlucken. Am nächsten Morgen untersuchte ich ihn genauer — ich war am vorigen Tage äusserst beschäftigt gewesen und hatte den Pat. leider nur oberflächlich untersucht — und fand eine ausgesprochene Ulceration der linken Tonsille. Die Tuberculose der Tonsillen ist im Vergleich zur Tuberculose anderer Theile der oberen Luftwege klinisch selten beobachtet worden; dies wenigstens ist meine Erfahrung und ich glaube, sie stimmt auch mit der anderer Kliniker überein. Woher kommt es nun, dass die Mandeltuberculose so selten beobachtet wird? Wissen wir doch, dass nach den neueren Untersuchungen gerade die Mandeln fähig sind, Fremdkörper jeder Art schnell zu resorbiren. Ja, ich gehe noch weiter, ich glaube, dass nicht nur die Mandeln, sondern der ganze W a l d e y e r'sche Ring diese Resorptionsfähigkeit besitzen. Ich möchte auch von dieser Kategorie nicht einmal die Zungentonsillen ausgeschlossen haben. Vor allem aber ist es, wie ich vor einigen Jahren in einer grösseren Arbeit (siehe F r ä n k e l's Archiv für Laryngologie, 1896, p. 124) nachgewiesen zu haben glaube, das adenoide Gewebe im Retro-Pharyngealraum, welches durch seine topographische Lage, wie durch die dort vielfach vorhandenen pathologischen Processe, diese Eigenschaft in ganz besonderem Grade besitzt. Ich freue mich, constatiren zu können, dass diese Ansicht jetzt schon von vielen hervorragenden Laryngologen getheilt wird.

Es ist der Einwand erhoben worden, dass in den Tonsillen sich so viele entzündliche Processe abspielen, dass zahlreiches Narbengewebe entsteht, welches den Eintritt der Bacillen verhindert. Dieses kann wohl deswegen nicht g a n z richtig sein, weil Tuberkelbacillen und Flüssigkeiten verschiedener Art nach verschiedenen Experimenten zu schliessen von den Tonsillen dennoch mit Leichtigkeit resorbirt wurden. Man muss also wohl annehmen, dass der W a l d e y e r'sche Ring in vielen Fällen, ja ich glaube sicherlich in den meisten Fällen, die Eingangspforte für den Tuberkelbacillus und für die später sich entwickelnde Lungentuberculose darstellt. Dass der Tuberkelbacillus durch Gewebe hindurchdringen kann, ohne an dem Orte seines Eindringens Initialerscheinungen zu machen, ist ja bekannt. Es bildet also auch die Tonsille eine solche Eingangspforte, durch die das Virus in die Drüsen und Lymphbahnen weiter geleitet wird. Es will mir aber scheinen, dass die Bacillen eine Zeit lang

in den Tonsillen zurückgehalten werden, ohne daselbst Erscheinungen hervorzurufen, welche klinisch wahrnehmbar sind. Dafür sprechen wohl die anatomisch-pathologischen Befunde von Strassmann, Denochowski, Schlenker, Dieulafoy und zahlreichen Anderen. In unserem Falle ist wohl unzweifelhaft die Tonsillartuberculose secundär durch das ausgehustete Sputum entstanden. Ich applicirte also bei diesem Pat. die Menthol-Orthoform-Emulsion direct auf die Tonsille, und zu unserer Freude konnte der fast verhungerte und verdurstete junge Mann zum ersten Male leichter essen und sogar, wenn auch mit Schmerzen, Wasser trinken. Am Tage darauf trank er auch Wasser bereits ohne Schmerzen. Schon vom dritten Tage an konnte er allein zu mir kommen, was wegen seiner grossen Schwäche früher nicht möglich war, und ist bei täglicher Behandlung vollständig schmerzfrei geworden. Ich lasse ihn von jetzt ab, da das Ulcus sich wesentlich verkleinert hat, nur alle zwei Tage kommen und werde die Intervalle bald noch verlängern können.

Ich wollte Ihnen aber, meine Herren, den Pat. wegen der Behandlung seiner Lungentuberculose vorstellen. Ich wende bei demselben, wie bei vielen anderen, die Behandlung mit dem electrischen Licht an. Aus meiner erst kürzlich erschienenen Arbeit (siehe Medical Record, Oct. 27, 1900) werden Sie vielleicht wissen, welchen Einfluss ich dem Lichte in Bezug auf die Flimmerbewegung in den Zellen zuschreibe. Sie kennen die Beiträge von Dr. S. Bergel zur Physiologie der Flimmerbewegung, die ich hier nicht wiederholen möchte. Sie wissen auch, dass das Licht, also schon diffuses Tageslicht, mehr noch das Sonnenlicht und das electrische Licht, nach den vielfachen und unzweifelhaften Untersuchungen hervorragender Forscher auf die grösste Mehrzahl der Bacterien schädigend einwirkt, indem es die Entwickelung derselben hemmt und deren Virulenz herabsetzt. Die Wirkung des Lichtes hängt ab von der Intensität desselben — doch möchte ich dies nur bis zu einem gewissen Grade gelten lassen — und von der Menge des zutretenden Sauerstoffs. Auf den letzten Punkt ist bisher meines Wissens nach gar nicht geachtet worden. Wenn wir einen Pat. in einem geschlossenen Zimmer oder meinetwegen in einem Saale der Lichtstrahlung aussetzen, so ist doch die Menge des verbrauchten Sauerstoffes eine sehr geringe. Ich habe deshalb

seit mehreren Monaten die Patienten während der Lichtbestrahlung eine gewisse Menge Sauerstoffs einathmen lassen und kann mich des Eindruckes nicht erwehren, dass diese Behandlung eine rationelle ist. Nun können wir aber nicht genau die Menge des verbrauchten Sauerstoffs bestimmen und ich habe es mir überlegt, ob ich nicht die von Wm. Ewart (British Med. Journal, Oct. 13, 1900, p. 1099) vorgeschlagene subcutane Injection des Sauerstoffs anwenden sollte. Ewart versuchte zunächst bei schweren Fällen von Typhus, resp. Pneumonie eine 10proc. Lösung von Wasserstoffsuperoxid. Doch schien er mit dem Erfolg nicht sehr zufrieden zu sein und er glaubte den Sauerstoff directer in den Körper zu bringen, wenn er das Gas selbst subcutan injicirte. Dies that er auch und er beschreibt die Methode als schmerz- und gefahrlos. Es ist möglich, dass ich diese Methode auch bei meinen Phthisikern anwenden werde.

Ich habe eine ganze Reihe von Pat. mit dieser combinirten Licht- und Sauerstoff-Therapie behandelt und bin mit den Resultaten bisher sehr zufrieden. Ein College der von Dr. Le Febre zu mir kam, damit ich seine catarrhalischen Zustände in der Nase und im Pharynx beseitige, wurde von mir auch der obigen Behandlung seiner Lungen unterworfen — und der Process ist nach Angabe von Dr. L. ganz entschieden zurückgegangen. Ein anderer Pat. hatte eine schwere Haemoptoe und nahm nach einer fünfwöchentlichen Behandlung 11 Pfund an Gewicht zu. Meine Herren, Sie haben Alle derartige Fälle auch ohne Lichtbehandlung gesehen, aber ich möchte heute nur der Indifferenz der meisten Aerzte in Bezug auf die Therapie der Lungentuberculose entgegentreten. Ich höre es von sehr vielen Curorten, dass dem Pat. gesagt wird: Sie haben hier ein trockenes Klima und das ist alles, was ich für Sie thun kann. Dies ist, meine Herren, ein höchst verderblicher Zustand, und ich sage: Wir haben kein Recht, unsere Patienten sterben zu lassen, ohne selbst die Möglichkeit eines therapeutischen Versuches in Erwägung gezogen zu haben. Ich möchte hier der jetzt vorherrschenden hygienisch-dietätischen Thatlosigkeit entschieden widersprechen und freue mich, dass wir in der obigen Behandlung ein Mittel haben, das uns eine grössere Anzahl unserer Patienten zu heilen verspricht.

Ein Aufruf zur Gründung einer Deutschen Lungen-Heilstätte für Gross New York als Zweig der New Yorker und Brooklyner Deutschen Hospitäler.*)

Von Dr. S. A. Knopf, New York.

Das Deutschthum in Amerika hat sich von jeher durch die Fürsorge für unbemittelte Arme und Kranke ausgezeichnet. Wohl in jeder der grösseren Städte Amerikas, wo eine namhafte deutsche Bevölkerung vorhanden ist, da existirt auch ein deutsches Hospital. New York stand wohl in dieser Hinsicht bis vor zwanzig Jahren den anderen Grossstädten Amerikas nicht nach, doch ist das New York im Anfange des zwanzigsten Jahrhunderts ein anderes als dasjenige vor 50 Jahren, welches das erste deutsche Hospital entstehen sah. Nun freilich hat sich dieses letztere seit seiner Gründung auch vergrössert, doch weder das Deutsche Hospital New Yorks noch das Deutsche Hospital in Brooklyn genügt heute den Anforderungen, welche an diese Institute gestellt werden. Beide sind viel zu klein und brauchen Hülfe, um sich zu vergrössern und zu verbessern. Möge ihnen diese Hülfe und Unterstützung bald in ausgiebiger Weise zu Theil werden.

Ich schicke diesen Hülferuf für die deutschen Hospitäler meinem Aufrufe zur Gründung einer Lungenheilstätte voraus, damit das Motiv nicht missverstanden werde. Wir brauchen kein anderes Hospital, nur vergrössern und verbessern wollen wir das, was besteht. Je reichlicher und ausgiebiger die Hülfe ist, welche den beiden oben angeführten Instituten zu Theil werden kann, um so segensreicher können sie wirken.

Eine der dringendsten Nothwendigkeiten, die sich für andere deutsche Hospitäler ergeben, ist Raum, und besonders Raum für die zahlreichen armen deutschen Schwindsüchtigen, denen der Eintritt in diese Krankenhäuser verweigert werden muss. In keinem der genannten Hospitäler werden arme chronische Lungenkranke aufgenommen; selbst minder Bemittelten, welche gern einen mässigen Preis für Unterkunft bezahlen möchten, ist es nicht möglich, Aufnahme zu finden. Die Ursache dieser Situation ist keineswegs etwa Mangel an Theil-

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 4. Februar 1901.

nahme seitens der Aerzte und Beamten für die armen Unglücklichen; nein, es ist kein Raum für diese Kranken vorhanden, welche, wenn sie wirklich aufgenommen werden, oft Monate lang ein Bett in Anspruch nehmen. Zweitens wissen die Aerzte, dass ein Hospital, welches für die Behandlung allgemeiner innerer und chirurgischer Krankheiten bestimmt ist, einem Schwindelsüchtigen nicht die sorgfältige, hygienisch-diätetische Pflege zu Theil werden lassen kann, die so nothwendig zu seinem Comfort und zu seiner Genesung ist. Liegehallen zum ausgiebigen Luftgebrauch oder Dauerluftcur, Sonnen- und Baderäume, Promenaden, Gallerieen und ähnliche Einrichtungen, wie sie so nothwendig in der Behandlung von Lungenkranken sind, lassen sich eben in einem allgemeinen Hospitale nicht gut herstellen. Drittens müssen die Beamten und Aerzte eines allgemeinen Krankenhauses stets an die Möglichkeit denken, dass, falls der im Krankensaale aufgenommene Schwindsüchtige nicht sehr vorsichtig ist oder vielleicht zu den Hülflosen zählt, er leicht einen benachbarten Typhuskranken oder Rheumatiker, oder irgend einen Reconvalescenten anzustecken vermag. Die sorgfältige Ueberwachung und Trainirung, d. h. Erziehung zum Vorsichtigsein, besonders mit infectiösem Auswurf, kann eben nur in einem comfortabelen und hygienisch eingerichteten Heime unter der Leitung des Familienarztes, oder in einer besonders dazu eingerichteten Specialabtheilung eines Hospitals oder in einer Specialanstalt ausgeführt werden. In einem allgemeinen Krankenhause ist dies ein Ding der Unmöglichkeit.

Statt Specialabtheilungen für die New Yorker und Brooklyner deutschen Hospitäler würde ich nun für beide eine gemeinsame Specialanstalt vorschlagen, welcher von diesen Instituten aus Schwindsüchtige zur Behandlung pro rata überwiesen werden können. Vielleicht würde sich diesem Unternehmen auch das St. Marks Hospital, welches ja wohl auch zu den deutschen Hospitälern Gross-New Yorks gezählt werden kann, anschliessen. Ein solches gemeinsames Sanatorium könnte wohl mit Recht „Die erste deutsche Lungenheilstätte Gross-New Yorks" genannt werden. Die moderne Phthisio-Therapie hat uns ja gelehrt, dass die Lungenschwindsucht heutzutage mit Erfolg behandelt und geheilt werden kann, und dass besonders in den Frühstadien eine ausserordentlich grosse Anzahl (oft von 60 bis 75 Prozent) von Kranken wieder ihre vollständige Ge-

sundheit und Arbeitsfähigkeit erlangen kann. Und noch viel mehr kann im grossen Maassstab für diese seit Jahrhunderten gefürchtete Krankheit, die so weit verbreitet ist, dass man sie mit Recht eine Volkskrankheit nennt, Dank der Errungenschaften der Neuzeit, auf dem Gebiete der Prophylaxe geschehen. Die Verhütung, oder die moderne Prophylaxe der Krankheit, liegt in den Händen des Kranken selbst, seiner Umgebung und der Sanitätsbehörden. Vorsicht mit tuberculösem Auswurfe und dessen Vernichtung vor dem Trockenwerden sind bekanntlich die wichtigsten Maassregeln, die Ansteckung durch sogenannte Infectionstuberculose zu vermeiden. Dieser Gegenstand ist schon so oft von anderer und befähigterer Seite besprochen worden, dass wir uns wohl hier mit diesen wenigen Worten die Prophylaxe betreffend begnügen können.

Geheilt wird die Schwindsucht heutzutage durch die wissenschaftliche Ausnutzung aller uns zu Gebote stehenden Mittel, wie Luft, Sonne, Wasser, reichliche und gute Nahrung, und ausserdem durch gewisse Medicamente, wenn die eben angeführten hygienisch-diätetischen Heilmittel nicht genügen, die Krankheit erfolgreich zu bekämpfen. Diese Methode kann mit Erfolg wohl überall, wo gewöhnliche klimatische Verhältnisse vorhanden sind, angewandt werden. Die schönen Resultate, welche von deutschen und amerikanischen Sanatorien erzielt werden, wie sie z. B. nahe grossen Städten gelegen sind (Grabowsee bei Berlin, Sharon bei Boston, Chestnut Hill bei Philadelphia), geben dafür den besten Beweis.

Diese hygienisch-diätetische Behandlung, welche von den grossen deutschen Lungenärzten B r e h m e r und D e t t w e i l e r ins Leben gerufen wurde, kann, wie gesagt, in dem bequem eingerichteten Heim eines wohlhabenden Lungenkranken recht gut unter der Leitung des Familienarztes angewandt werden. Für die Tausende von armen Schwindsüchtigen aber, denen es in ihrer bescheidenen Wohnstätte oft nicht nur an Luft und Licht, sondern auch an hinreichender Nahrung mangelt, ist die Anstaltsbehandlung die einzige Rettung. Man muss nebenbei auch noch bedenken, dass in dem Dunstkreis solcher Armen die Gefahr der Ansteckung fast immer vorhanden ist. Die örtlichen Verhältnisse und oft auch die Unwissenheit der Kranken und deren Umgebung machen eine sorgfältige Hygiene in der Wohnung der Armen eben unmöglich.

Von der ausserordentlich grossen Zahl armer Deutschen, die

der Schwindsucht alljährlich in New York zum Opfer fallen, haben Leute ausserhalb des ärztlichen Standes kaum eine Ahnung. Man muss Zeuge des Elends eines in unseren New Yorker Kasernen-Wohnungen lebenden Schwindsüchtigen gewesen sein, um es wirklich begreifen zu können. Von allen armen Kranken ist der an der Schwindsucht im dunkeln „Tenement"-Heim Dahinsiechende am meisten zu bedauern. Ihm fehlt sozusagen Alles, was zu seiner Besserung und zum Schutze der Seinigen gegen Ansteckung beitragen könnte. Diesen Unglücklichen, von denen viele noch im heilbaren Stadium der Krankheit sind, dürfte ein Sanatorium oder Lungenheilstätte ein wahrer Rettungshafen sein. Welche segensreiche Wirkung eine solche Heilstätte auch in Bezug auf die Verhütung der Tuberculose auszuüben vermag, lässt sich wohl am Besten daraus ersehen, wenn man an die ausserordentlich stricte Hygiene denkt, die in solchen Instituten waltet. Der Patient lernt nicht nur alles, was die Ansteckung anderer befördern könnte, zu vermeiden, sondern es wird auch gelehrt, wie er sich selbst vor einer Neuansteckung bewahrt. Die Gewöhnung an regelmässige Lebensweise, Mässigkeit, Ordnung und peinlichste Sauberkeit sind theure Errungenschaften, die der im Sanatorium geheilte Kranke mit sich nach Haus nimmt.

Dass eine moderne und wissenschaftlich geleitete Lungenheilstätte weder für die Umgebung noch für das in einem solchen Institute angestellte Personal die geringste Gefahr bietet, möge aus Folgendem hervorgehen: Nach öffentlichen Urkunden hat sich in den Dörfern Goerbersdorf und Falkenstein, den Ortschaften, welche die beiden grössten deutschen Sanatorien für Lungenkranke zieren, die Sterblichkeit an Tuberculose unter der Bevölkerung dieser Dörfer seit Gründung der Anstalten um ein Drittel verringert. Zweifellos sind die hygienischen Maassregeln, welche in diesen Sanatorien gelten, von den Einwohnern dieser Dörfer unwillkürlich nachgeahmt worden und hat sich dadurch der allgemeine Gesundheitszustand der Bewohner im Laufe der Jahre um Vieles gebessert. Eine der grössten Seltenheiten ist es ferner, dass Beamte oder Wärter in diesen Anstalten tuberculös werden. Der Schreiber dieser Zeilen, welcher eine ziemlich grosse Anzahl europäischer und amerikanischer Sanatorien besucht hat, konnte nur einen einzigen Fall von Ansteckung unter dem Wärterpersonale ermitteln; und weitere Nachforschungen ergaben, dass dieser eine junge Wärterin be-

traf, welche nach einjährigem Aufenthalte im Sanatorium tuberculös wurde, mütterlicherseits erblich belastet war, d. h. die Neigung zur Krankheit ererbt hatte. Die peinlichste Sauberkeit und Vorsicht herrscht überall, so dass man im Ernst behaupten könnte, dass man in einem solchen Heim für Schwindsüchtige der Gefahr der Ansteckung weniger ausgesetzt ist als irgendwo anders.

Wie bereits hervorgehoben, sind besondere klimatische Verhältnisse nicht länger eine Bedingung zur Heilung der Schwindsucht. Unser Klima eignet sich gut genug zur Behandlung und Heilung der Lungentuberculose. Es giebt in der Nähe von New York und Brooklyn eine ganze Anzahl geeigneter Höhen, wo die Luft staubfrei und rein ist.

In keinem Lande existiren heute so viele Lungenheilstätten für arme und minder bemittelte Schwindsüchtige, als in Deutschland, und dieses nur Dank der Hochherzigkeit deutscher Fürsten und wohlhabender deutscher Bürger. Ja, es giebt heutzutage wenig Städte in Deutschland von über 50,000 Einwohnern, welche nicht ihre Volks-Lungenheilstätte besitzen. Gross-New York mit seinen 3½ Millionen Einwohnern und seinen 30,000 armen Schwindsüchtigen, kann augenblicklich kaum 500 bis 800 Kranke dieser Art beherbergen. Für die 400,000 Deutsche Gross-New Yorks giebt es zwei grosse, schöne Hospitäler, in keinem jedoch finden Schwindsüchtige Aufnahme. Es wäre schön, wenn die Deutschen New York's ihrem Adoptiv-Vaterlande gleich ihren Brüdern in der alten Heimath ein Beispiel liefern könnten, wie man für arme Schwindsüchtige schnell und practisch sorgen sollte — im eigenen wie im allgemeinen Interesse. Man muss nämlich nicht vergessen, dass jeder Schwindsüchtige, welcher aus seiner unhygienischen Umgebung entfernt und einer gründlichen Behandlung unterworfen wird, nicht mehr länger Gelegenheit hat, täglich aus Unwissenheit oder Leichtsinn Millionen von Bacillen durch seinen Auswurf zu verbreiten und so das Leben seiner Mitmenschen in Gefahr zu bringen.

Wir wollen hoffen, dass den deutschen Hospitälern New York's und Brooklyn's bald reichliche Hülfe zu Theil wird, so dass sie sich vereinigen und durch die Gründung einer deutschen Lungenheilstätte Gross-New York's ihre segensreiche Wirkung für arme deutsche Schwindsüchtige beginnen können.

Man wird dann von den Deutsch-Amerikanern Gross-New

York's sagen können, dass, so wie sie sich stets für Alles was das Volkswohl ihres Adoptiv-Vaterlandes angeht, begeistert haben, wie sie an den Kriegen für Freiheit und Unabhängigkeit gleich hier geborenen Bürgern Theil nahmen und ihr Gut und Blut für die heilige Sache opferten, sie auch kräftig dafür eintraten, wenn es galt, einen der grössten Feinde der Menschheit, die grausame Schwindsucht, auch im Bereich der Vereinigten Staaten zu bekämpfen.

16 West 95. Strasse.

Referate und Kritiken.

Criminal Lectures. By G. A. Zacharin. Translated from the Fifth Russian Edition by Alexander Rovinsky. Boston. Damrell & Upham, 1899.

Die klinischen Vorlesungen des berühmten Moskauer Klinikers bieten eine Fülle von practischer Anweisung und Anleitung zur klinischen Untersuchung und Beobachtung mit eingehender Berücksichtigung der Behandlung, nicht nur der Indicationen, sondern auch des Verfolgens der Wirkung auf den Verlauf der Krankheit. Die wichtigsten Kapitel der innern Medicin werden an einzelnen Krankheitsfällen vorgeführt, ausserdem finden mehrere sonst an den Lehrbüchern ziemlich vernachlässigte Behandlungsmethoden eine eingehende Besprechung, so namentlich die Anwendung der Mineralwässer und Bäder, Blutentziehung etc. Das Buch zeichnet sich durch eine Klarheit und Bestimmtheit aus, die dasselbe namentlich dem jüngeren Arzte zu einem willkommenen Rathgeber machen dürften. Klotz.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Münchener Medicinische Wochenschrift,

1) Th. Paul und O. Sarwey: *Experimentaluntersuchungen über Händedesinfection.*

Das Facit der äusserst eingehenden und umfangreichen Untersuchungen der Verf. ist fogendes: 1. Keines der drei mechanischen Desinfectionsverfahren: Waschungen mit Schmierseife und Bürste in heissem Wasser, mit Schleich's Marmorseife und Sänger's Sandseife in fliessendem sterilem Wasser, vermag keimhaltige Tageshände keimfrei zu machen. Der Keimgehalt der Hände bleibt vielmehr auch bei langer Dauer der Waschung sehr gross. 2. Wie Krönig und Blumberg in neuester Zeit durch die Versuche mit

Schmierseife und mit Schleich's Marmorseife festgestellt haben, lassen sich auch künstlich aufgebrachte Keime nicht mit Sicherheit durch diese mechanischen Reinigungsmittel von der Haut entfernen. 3. Eine so wesentliche Keimverminderung der Hände, wie wir sie mit chemischen Desinfectionsmitteln zu erzielen im Stande sind, kann durch die mechanische Desinfection nicht bewirkt werden. Wer also eine möglichste Keimfreiheit der Hände als unerlässliche Vorbedingung für die Vornahme operativer Eingriffe betrachtet, muss auf die mechanische Desinfection die chemische folgen lassen. 4. Den Gebrauch der Schmierseife (Salpo kalinus venalis) halten wir wegen ihres Gehaltes an freiem Alkali und der dadurch bedingten Schädigung der Haut zur Reinigung der Hände nicht für geeignet. 5. Die Schleich'sche Marmorseife ist wegen ihres Gehaltes an freier Fettsäure und Ammonium-Verbindungen vom kosmetischen Standpunkt aus ein sehr geeignetes Händereinigungsmittel. Als zweckmässige Vorbereitung für die chemische Desinfection können Waschungen mit Schleich's Marmorseife nicht eher angesehen werden, so lange wir nicht über die Rolle aufgeklärt sind, welche das in der Seife enthaltene Wachs beim Waschprocess spielt. Scheiden sich thatsächlich Bestandtheile des Wachses auf der Haut aus und bleiben diese auf der Haut auch noch nach Beendigung des Waschens zurück, wie es Schleich behauptet, so müssen dieselben die Wirkung der chemischen Desinfectionsmittel beeinträchtigen. 6. Die Sänger'sche Sandseife ist, vorausgesetzt, dass bei ihrer Herstellung der Zusatz von Ammoniak und Soda in Wegfall kommt, nicht nur ein wohlfeiles Händereinigungsmittel, sondern eignet sich auch sehr gut zur Vorbereitung für die chemische Desinfection. (1900, No. 27—31.)

2) L. Prochnownick: *Die Anzeigestellung zum chirurgischen Eingreifen bei extrauteriner Schwangerschaft.*

P. veröffentlicht die Gesammtergebnisse seiner 23jährigen eigenen Erfahrung auf diesem Gebiete. Sie betreffen lediglich ectopische Schwangerschaften in den ersten 4 Monaten und umfassen nur diagnostisch ganz sichere Fälle. Die ganz überwiegende Mehrzahl derselben ist durch anatomische Befunde erhärtet, zweifelhafte und eine Serie aetiologisch unsicherer retrouteriner Hämatocelen sind ausser Betracht gelassen worden. Unter 139 Fällen sind 47 frühzeitig operirt und 92 zunächst conservativ behandelt worden. Bei Blutung in die freie Bauchhöhle wurde sieben Mal operirt. Vierunddreissig Bauchschnitte betrafen solche Fälle, bei denen nicht in dringender Eile oder wegen augenblicklicher Lebensgefahr, sondern nach einer vorausgegangenen Beobachtung des Verlaufes eingegriffen wurde. Auffallend erscheint, dass bei 14 dieser Operirten frühere Infection — meist gonorrhoisch — stattgefunden hatte. Nach

den Erfahrungen des Verf. ist es sicher, dass vorausgegangene Infection der Genitalien nicht nur eine recht häufige Ursache der extrauterinen Schwängerung ist, sondern in besonders hohem Maasse die Zersetzung von tubaren Aborten und Hämatocelen herbeiführt.

Von 92 Frauen, die von Anbeginn absichtlich einer conservativen Behandlung unterzogen wurden, sind 40 nachträglich operirt worden = 43 Proc. Unter den 52 Frauen, welche dauernd abwartend behandelt worden sind, befindet sich eine mässige Anzahl, wo man von einem schnellen, manchmal geradezu glänzenden Verlaufe sprechen darf. Es sind dies besonders typische Tubenaborte mit mässigen Hämatocelen im Laufe der ersten 6—7 Wochen der ectopischen Schwangerschaft, und vorwiegend solche, wo die Diagnose mit Sicherheit oder Wahrscheinlichkeit gestellt und die Frau zeitig fest gelagert wurde.

Die gesammten Beobachtungen des Verf., dazu die ganz wesentlich längere Dauer der Genesung und nicht zum mindesten die späteren Folgen drücken den Werth der secundären Eröffnung der Hämatocelen von der Scheide aus beträchtlich herab und lassen, wenn nur bald nach der Infection eingegriffen wird, die Operation vom Leibe aus prognostisch günstig erscheinen. Die schnell und glatt abheilenden Fälle bilden immer auf's Neue die Grundlage zu conservativen Bestrebungen. Sie werden aber in hohem Maasse durch viele ungünstige und eine Reihe geradezu trauriger Beobachtungen aufgewogen. Zwei Kranke sind bei diesem Verfahren zu Grunde gegangen. Neben diesen Todesfällen traten aber auch bei einer Anzahl der übrigen Frauen recht schwere, meist in's pyämische Gebiet gehörige Störungen auf, die wochen- und monatelang zu ernsten Sorgen Anlass gaben. In ganz characteristischer Weise sind fast ausnahmslos diese Frauen vor der Schwängerung bereits inficirt gewesen, vorwiegend gonorrhoisch, und boten zum Theil wegen begleitender Adnextumoren bedeutende diagnostische Schwierigkeiten.

P. kann nach den zahlreichen Beobachtungen der letzten 5 Jahren nur mit noch grösserem Nachdrucke wiederholen, was er schon 1895 bei der ersten Zusammenstellung seiner Behandlungsergebnisse aussprach: Weder acut einsetzende, schwere Symptome noch Anfangs leichte, kaum entfernt bedrohliche Erscheinungen bieten bei einer Extrauterinschwangerschaft Gewähr für den weiteren Verlauf. Derselbe wird in erster Linie vom Sitz des Eies und in zweiter von complicirenden Erkrankungen der Sexualorgane bestimmt. Ferner wird der Verlauf häufig durch secundäre Infection — oft nach Wochen und Monaten — beeinflusst.

Sämmtliche Frauen, bei deren Beobachtung und Befund sich ein noch intacter Fruchtsack mit Wahrscheinlichkeit ergiebt, ferner allen im Beginne eines Tubenaborts mit mässigen

Hämatocelen, sowie allen, wo nach einer Ruhepause secundäre Blutungen auftreten, räth P. aus Ueberzeugung, sich einer frühzeitigen, radicalen Operation zu unterziehen. Allerdings drängt P. solche Frauen nicht zur Operation, sondern macht ihnen nur die verschiedenen Chancen je nach dem Bildungsgrade verständlich. Sind die Frauen gonorrhoisch angesteckt gewesen, so redet er noch kräftiger dem Eingriff das Wort, selbst wenn bereits grössere Hämatocelen vorliegen. Von dem Augenblicke, wo zu einer bestehenden Extrauterinschwangerschaft eine deutliche, wenn auch zuerst geringe Fieberbewegung sich gesellt, drängt P. ganz energisch zum operativen Vorgehen und lehnt im Falle der Weigerung jede Verantwortung für den ferneren Verlauf ab. Ueberall, wo angängig, bevorzugt er den Werth des Bauchschnittes, weil er, selbst in den schweren und verschleppten Fällen, die beste technische Uebersicht und meiste Aussicht radicaler Heilung bietet, während seine Gefahren nicht grösser sind, als bei jedem anderen Vorgehen. Hat P. die Zustimmung zur primären Operation nicht erzielen können, oder die Kranke erst nach dem geeigneten Zeitpunkt in Behandlung genommen, so richtet sich das weitere Vorgehen gänzlich nach dem Verlaufe des Einzelfalles. (1900, No. 32 und 33.)

3) J. Müller: *Ueber den Zungenbelag bei Gesunden und Kranken.*

Viele Autoren veranlasst der Umstand, dass man bei völlig Gesunden nicht selten einen starken Zungenbelag findet, während Magenkranke oft eine glatte, rothe Zunge zeigen, zu der Aeusserung, dass dem Zungenbelage gar keine, oder eine höchst untergeordnete Bedeutung zukomme. Verf. hat nun durch seine in Gemeinschaft mit Fuchs vorgenommenen Untersuchungen gefunden, dass beim Gesunden das Bestehen eines sogen. Zungenbelages fast ausschliesslich von der Ausbildung der Haarbüschel an den Papillae filiformes abhängt und dass wirkliche Auflagerungen eine geringe Rolle spielen, da sie bei der Nahrungsaufnahme regelmässig entfernt werden. Die Ausbildung dieser Haarbüschel ist einmal individuell sehr verschieden und unterliegt ferner in den verschiedenen Lebensaltern grösseren Schwankungen. Verf. hat ferner gefunden, dass der Zungenbelag bei acuten Krankheiten weitaus am häufigsten auftritt, mögen sie den Verdauungsapparat primär betreffen oder nicht. Weniger häufig findet man ihn bei den chronischen Verdauungskrankheiten, ja bei der Gastritis chronica erreicht er gar nicht den bei Gesunden mittleren Alters gefundenen Procentsatz. Es wird selten eine einzige Ursache des Zungenbelages bestehen. Meist handelt es sich um das Zusammenwirken mehrerer aetiologischer Momente und häufig werden wir nicht im Stande sein, die Wirkung der einzelnen Ursachen genau von einander abzugrenzen. Beobachten wir einen Zungenbelag bei einem Kranken, so sollten wir zunächst

immer die Frage entscheiden, ob es sich um die normale oder pathologische Form des Zungenbelags handelt. Selten bekommt man von dem Patienten sicheren Aufschluss darüber, welches Aussehen seine Zunge in gesunden Tagen geboten hat. Oefters muss man sich den Entscheid selbst dadurch verschaffen, dass man mit einem Hornspatel oder einem anderen geeigneten Instrument den Zungenbelag zu entfernen sucht. Bei den pathologischen Formen lässt sich stets eine reichliche Masse von Epithel etc. abstreifen, bei den normalen nur wenig. Handelt es sich um einen pathologischen Zungenbelag, so deutet er, falls kein primäres Mundleiden besteht, auf eine mit Dyspepsie verbundene Krankheit, am häufigsten acuten Characters, oder auf eine Affection, welche secundär zu Hyperämie und Desquamativcatarrh der Mundhöhlenschleimhaut führt. Das Verschwinden eines acut entstandenen Zungenbelags ist als ein günstiges Zeichen aufzufassen, denn es beweist in den meisten Fällen, dass die Nahrungsaufnahme wieder regelmässig von Statten geht.

Für die Therapie des Zungenbelags ergeben sich aus den Untersuchungen des Verf. einige Gesichtspunkte. Man wird natürlich nur die pathologischen Zungenbeläge zu entfernen streben und das übliche morgendliche Herumkratzen und Schaben an dem normalen Zungenbelag als nutzlos unterlassen. M. glaubt sogar, dass im Gegentheil die häufige und starke Reizung der Zungenoberfläche gerade zu einer Verstärkung des Belags Anlass giebt. Die natürlichste und schonendste Reinigung der Zunge wird immer durch das Kauen fester Speisen, besonders des Brotes bewirkt werden. Zur Entfernung der pathologischen Beläge eignet sich wohl am besten eine recht weiche, dichte Zahnbürste. Mit dieser kann man auch die hinteren Zungenpartien erreichen, welche beim einfachen Kauen von Calmuswurzel u. Ae. nicht gereinigt werden, und ferner holen die Bürstenhaare auch jene zwischen den Papillen in der Tiefe sitzenden Epithel- und Speisereste heraus. Wie sich M. oft überzeugt hat, gelingt es bei pathologischen Belägen gewöhnlich so oder auf ähnliche Weise die Zunge von den Auflagerungen zu befreien. (1900 No. 33.)

Beiträge zur klinischen Chirurgie,

G. Marwedel: *Erfahrungen über die Beck'sche Methode der Hypospadie-Operation.* (Aus der Heidelberger chirurgischen Klinik des Prof. Dr. Czerny.)

Im November 1897 und Januar 1898 veröffentliche Carl Beck (s. ds. Monatsschr. 1897, pag. 597 und New York Med. Journ. 29. Januar 1898, vergl. auch ds. Monatsschr. 1899, pag. 458) ein neues Verfahren zur Heilung von Hypospadien ersten Grades, das sich vor den bisher gebräuchlichen Methoden durch die ausserordentliche Einfachheit der Technik vortheil-

haft auszeichnet. Schon bald nach dem Bekanntwerden der Beck'schen Methode wurde dieselbe in der Heidelberger Klinik nachgeahmt und ausgeführt. Verf. theilt uns nun die Krankengeschichten von 7 Kindern mit, bei denen die Beck'sche Operation ausgeführt wurde, und bespricht an der Hand dieser Krankengeschichten die Leistungsfähigkeit der Methode und die damit erzielten Resultate. Es handelte sich in sämmtlichen Fällen um Kinder im Alter von 1—9 Jahren. Drei derselben zeigten das gewöhnliche Bild der Eichelhypospadie, bei den übrigen bot die Missbildung etwas stärkeren Grad, so dass dieselben vielleicht als Uebergangformen zur Penishypospadie bezeichnet werden können, allerdings einer Penishypospadie geringsten Grades. Die mit dem Verfahren erreichten Erfolge waren nun äusserst günstige, wenn auch Störungen in der Wundheilung oder vielmehr Misserfolge nicht erspart blieben; mehrfach wurde frühzeitiges Durchschneiden der Fixationsnähte der Urethra beobachtet, die dünne Harnröhre zog sich zurück und das Resultat war nach 10 Tagen genau wie vor der Operation. Bei kleinen, ungebärdigen Kindern lässt sich eben trotz aller Sorgfalt und Ueberwachung eine Verunreinigung der Wunde, eine Zerrung an den Nähten u. s. w. nicht immer vermeiden. Zweimals trugen zweifellos in den ersten Tagen auftretende Erectionszustände des kleinen Gliedes zu vermehrter Spannung und zu nachträglicher Retraction der Harnröhre bei. In einem Falle kam es ausserdem zu einem grossen Haematom, die Wunde klaffte breit und es musste für die spätere secundäre Operation die alte Thiersch'sche Methode benutzt werden, die nach mehreren Fistelcorrectionen schliesslich Heilung brachte. In den übrigen 5 Fällen, in denen die Beck'sche Methode zum Ziele führte, gelang die Einheilung der Harnröhrenmündung an der gewünschten Stelle, dreimal gleich beim ersten Eingriff, die beiden anderen Male allerdings erst in zweiter Sitzung. Bei der letzteren Gelegenheit wurde entschieden der Eindruck gewonnen, dass die Operation bei der Wiederholung leichter und angenehmer war, wie die ersten Eingriffe bei denselben Patienten, weil die durch geringe Narbenbildung resistenter und dicker gewordene Urethra sich besser fassen und fixiren liess. Nach M. wird der Werth der Beck'schen Methode durch die verschiedenen, von ihm erwähnten Misslichkeiten nicht herabgesetzt, da es ja nicht mehr wie natürlich ist, dass wir, wie bei den meisten Neuheiten chirurgischer Technik, auch auf dem Gebiete dieser „Filigranchirurgie" erst etwas Lehrgeld haben zahlen müssen. Das Princip des Verfahrens ist jedenfalls sehr glücklich erdacht und verdient daher weitgehende Anwendung und Empfehlung. (Bd. XXIX, Heft 1.)

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York.

17 West 43. Strasse.

Nachtrag zur Discussion zum Vortrage des Herrn Dr. Einhorn, Octobersitzung 1900.

Dr. J. A. Schmitt: Es ist zu bedauern, dass Herr Dr. Einhorn nur die Scheingeschwülste der oberen Bauchgegend in seinem Vortrage erörtert hat; eine Berücksichtigung des ganzen Unterleibes wäre für die Discussion interessanter und ergiebiger gewesen. Trotzdem werde ich mir erlauben, meine Bemerkungen nicht ausschliesslich auf scheinbare Geschwülste in den Hypochondrien und im Epigastrium zu beschränken. Rechtsseitige Wandernieren können bisweilen so tief in die fossa iliaca heruntersteigen, dass sie den Eindruck von Beckengeschwülsten machen. Gefüllte Darmschlingen, die im Douglas lagern oder der vorderen oder hinteren Fläche der breiten Mutterbänder aufgelagert sind, können leicht für Exsudate oder entzündliche, uterine Anhänge gehalten werden. Eine Salpingo-Ovariitis oder ein Exsudat verschwindet gelegentlich auffallend rasch nach einer gründlichen Darmentleerung. Kothsäulen im Colon sind häufig Ursache irrthümlicher Diagnosen; bei Untersuchung auf Lebertumoren, oder Senkungen der Leber oder Niere belästigen sie in unliebsamer Weise. Ich habe einmal eine zweifaustgrosse Kothgeschwulst bei einem 20jährigen Mädchen beobachtet und hätte an der Richtigkeit der Diagnose bei der ersten Untersuchung gezweifelt, wenn ich nicht meine Finger in die teigige Geschwulst hätte eindrücken können. Eine sehr unangenehme Beigabe bei der Betastung des Unterleibes sind auch die Contractionen der Bauchmuskeln, namentlich des m. rectus. Die durch die sehnigen Querfasern erzeugten Abtheilungen des Muskels sind im Stande, sich isolirt zu contrahiren und auf diese Weise täuschend den Eindruck einer umschriebenen Geschwulst hervorzurufen. Herr Dr. Einhorn hat in seinem Vortrage der Möglichkeit, das Pancreas resp. einen Theil desselben durchzutasten, keine Erwähnung gethan; und doch, wie leicht kann es eine Geschwulst vorschützen, wo keine existirt. Freilich müssen die Bedingungen für die Palpation günstig sein: schlaffe Bauchdecken, leere, nicht gespannte Gedärme. Ganz kann man es ja nicht durchtasten, sondern nur den Körper, der auf der Aorta aufliegt und nach links sich in den Schwanz verjüngt. Ich habe keinen Zweifel, dass jene verbreiteten Aortenpulsationen im Epigastrium, wie wir sie manchmal bei abgemagerten, hysterischen Frauen finden, mit Hülfe des Pancreaskörpers erzeugt werden, dem die Pulsationen der dahinterliegenden Aorta mitgetheilt werden. Es kann dann leicht sich ereignen, dass man ein Aortenaneurysma vor sich zu haben glaubt.

Sitzung vom November 1900.

Präsident Dr. H. G. Klotz eröffnet die Sitzung um 8¼ Uhr.

Secretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protocoll der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird.

Dr. Carl Beck (Patientin vorstellend): Diese 23jährige Patientin fiel während eines epileptischen Anfalls die Treppe hinunter am 15. September und soll mehrere Minuten lang bewusstlos gewesen sein. Der alsbald herbeigerufene College Dr. Goodall constatirte Depressionserscheinungen, kühle Extremitäten, kleinen Puls, allgemeine Blässe der Haut, und als die Patientin mehr zum Bewusstsein kam, zeigte sich ein Vornüberneigen des Kopfes und starkes Schmerzgefühl auf der rechten Halsseite. Es waren keinerlei Sensibilitäts- oder Motilitätsstörungen vorhanden. Trotzdem diagnosticirte der Herr College eine Wirbelfractur. Als ich die Patientin sieben Tage später sah, fiel mir die ansehnliche Anschwellung im Bereich der obersten Halswirbel auf. Eine alsbald angefertigte Röntgenphotographie zeigte dann deutlich, dass die Querfortsätze der drei obersten Halswirbel fracturirt waren. Atlas und Epistropheus zeigten unbedeutende, dagegen der dritte Halswirbel erhebliche Dislocation nach unten, welche sich unter der Controlle des Röntgenbildes redressiren liess. Herr College Freudenthal hatte auch die Güte, die Patientin zu untersuchen und wird mit mir darin übereinstimmen, dass eine Protrusion der hinteren Rachenwand dieser Stelle entsprach. Es sind seit der Zeit acht Wochen verflossen, und trotzdem die Patientin noch ziemliche Schmerzen hat, werden Sie sich doch überzeugen können, dass keinerlei Compression oder sonstige schwere Störungen vorhanden sind. Ich lege Ihnen hier das deutliche Röntgenbild vor und möchte die Herren wegen der ungeheuren Seltenheit des anatomischen Nachweises einer solchen Fractur bitten, sich den Fall genau anzusehen.

Ich bin in der angenehmen Lage, Ihnen hier eine meines Wissens bis dato nicht beschriebene Krankheitsform vorzustellen. Zum bessern Verständniss möchte ich vorausschicken, dass ich vor 13 Jahren an diesem 42jährigen Mann eine Exarticulation der grossen Zehe vorgenommen hatte. Der Patient gab an, dass er mehrere Monate vorher eine Schwellung am Metatarso-phalangealgelenk der grossen Zehe wahrgenommen hatte, die sich vergrösserte, schmerzhaft wurde und schliesslich suppurirte, so dass Herr College Bracker, der die Güte hatte, mir diesen Fall zu überweisen, noch in der Nacht die Absetzung der Zehe empfahl. Bei der Exarticulation zeigte sich ein hochgradig erkranktes Gelenk mit Knochenusur und zugleich das Vorhandensein einiger Kalkconcremente. Es schien sich demnach um eine Arthritis urica mit Ulceration der Haut über den Uraten und nachfolgender septischer Infection zu handeln. Den Concrementen wurde wenig Bedeutung beigemessen, da die schwere Infection unser Interesse in hervorragender Weise zunächst in Anspruch genommen hatte. Dieser Umstand, die ungünstige Umgebung und die späte Stunde mögen als Entschuldigung dafür dienen, dass der Untersuchung der exarticulirten Zehe nicht die gebührende Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Ich sah den Patienten

13 Jahre nicht mehr. Am 22. September d. J. stellte er sich mir mit einer ungefähr apfelgrossen, kugeligen Schwellung des Handrückens wieder vor. (Vgl. Photographie.) Die Oberfläche derselben war geröthet und von einigen Fisteln durchbrochen, aus denen sich trüber Seropus ergoss. An einigen Stellen war die Consistenz teigig, an den meisten Stellen steinhart. Mein erster Eindruck war der, dass es sich um ein Osteosarkom handelte. Bei reiflicher Ueberlegung dachte ich jedoch, dass ein solches doch eine andere Form und einen anderen Verlauf gehabt haben müsste. Schon war die Amputation in Aussicht genommen, ich beschloss jedoch erst eine Röntgenaufnahme, welche den Zustand sofort präcisirte. Wie Sie aus diesem Röntgenbild ersehen können, ist das dritte Metacarpophalangealgelenk der Sitz eines Entzündungsherdes. Die erste Phalanx des dritten Fingers ist mit dem Metacarpus in seitlicher Dislocationsstellung verwachsen. Wie mit einem Hohlmeisel scharf ausgeschnitten können Sie den Defect auf der einen Condylenseite wahrnehmen. Derselbe erwies sich nachher als käsige Infiltration. Was an dem Fall besonders auffallend war, ist, dass sich bei der Exstirpation eine Menge Mörtel, aus phosphor- und kohlensaurem Kalk bestehend, vorfand, in welchem die Strecksehnen wie in einem grossen Brei aufgegangen waren. Vielleicht können Sie jetzt noch hie und da ein kleines Körnchen sehen. Dieselben betrugen das enorme Gewicht von 80 Gramm. Natürlich dachte man daran, dass es sich um einen tuberculösen Process handelte. Die microscopische Untersuchung ergab jedoch Rundzellengranulation, Staphylococcen und keine Tuberkelbacillen. Die Sehnenfragmente zeigten Wucherung des peri- und interfasciculären Bindegewebes. Die Heilung geht nur langsam von Statten. Das Allgemeinbefinden ist sehr gut. Ich kann mich nun dem Eindruck nicht verschliessen, dass es sich bei der vor 13 Jahren exarticulirten Zehe ebenfalls um denselben Erkrankungsmodus handelte. Wir hatten also in diesem Falle ein stark entartetes (verkästes), im Zustand der Necrobiose befindliches Gewebe vor uns, von welchem, wie es scheint, eine Art Magnetismus auf die in Lösung befindlichen Kalksalze ausgeht, derart, dass sie zuletzt mit einander verschmelzen. Man findet derartige Petrificationen in tuberculösen Käseherden in der Lunge, ferner im Endo- und Pericardium, in alten Pleuraschwarten, Uterusmyomen, Nierenepithelien. In den Gefässwänden und bei entarteten Schilddrüsen präcisirte ich die Art der Petrification durch die Röntgenstrahlen. (Vide Ueber den diagnostischen Werth der Röntgenstrahlen bei der Arteriosclerose, Deutsche Medicinische Wochenschrift, 1898, No. 7 und Allgemeines über den Kropf und seine Behandlung, Octobernummer dieser Monatsschrift.) Die Sehnen und ihre Scheiden dürften jedoch weniger häufig als Ablagerungsstätte für Kalksalze dienen. Mit der sehr wünschenswerthen allgemeineren Verbreitung der Röntgenstrahlen dürfte auch dieses interessante Krankheitsbild, als dessen Bezeichnung ich Tendinitis und Tendovaginitis prolifera calcarea vorschlagen möchte, besserer Erkenntniss nahe gebracht werden.

Discussion zu dem ersten Falle: Dr. W. Freudenthal: Durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Collegen Beck hatte ich vor einigen Wochen die Gelegenheit, die Pa-

tientin zu laryngoscopiren. Soweit ich mich erinnere, konnte ich in die tieferen Theile des Larynx nicht hinunterschauen, weil eine Protuberanz da war, entsprechend dem Wirbelkörper. Der Fall ist insofern interessant, als er mich auch an einen anderen Fall erinnert, den ich vor vielen Jahren mit Dr. Beck gesehen habe. Ich glaube, es dürfte sehr interessant sein, wenn Dr. Beck bei der grossen Seltenheit dieser Fälle auch diesen Fall hier erwähnen wollte. — Dr. Carl Beck: Es ist schon sehr lange her, dass ich diesen Fall untersucht habe, den College Freudenthal erwähnt. Damals stand uns leider nicht das Hülfsmittel der Röntgenstrahlen zu Gebote, so dass wir in Zweifel waren, ob es sich um eine Querfortsatzfractur oder um Körperfractur handelte.

Discussion zu dem zweiten Falle: Präsident Dr. H. G. Klotz: Es ist mir zuweilen vorgekommen, dass in Eitermassen sich Kalk ausscheiden können. Ich kann mich augenblicklich der Fälle nicht erinnern, ich weiss aber, dass wir das beobachtet haben. — Dr. Carl Beck: Ziegler sagt, dass, wo lebensfähige Zellen vorhanden sind, sich sehr leicht Kalk bildet, aber er erwähnt nicht davon, dass es gerade in der Hand vom Knochen ausgehen kann.

Dr. J. Schmitt: Demonstration eines durch Laparatomie gewonnenen Uterus-Myoms, nebst Bemerkungen über das Verhältniss der Blase zur Vorderfläche von Beckengeschwülsten.

Discussion. Dr. Henry J. Garrigues: Die Verwachsung zwischen einer Blase und einem Abdominal-Tumor muss ganz ausserordentlich selten sein. Ich habe in den mehreren tausend Fällen von Laparatomie, die ich entweder vorgenommen oder von anderen gesehen habe, nur einen einzigen Fall gesehen, vor etwa 2 Jahren hier in New York, wo die Blase mit einer Ovarialcyste verwachsen war, und zwar hinaufreichte zwischen Nabel und Processus xyphoideus. Die Blase war so ausgedehnt, dass es unmöglich war, die Grenze des Organs zu finden, so dass der Operateur einschnitt und dadurch, dass er seine Finger in die Blase einführte, die Grenze fand und abschnitt und den Tumor entfernte. Es wurde bei der Gelegenheit gefunden, dass es sich um eine peripherische Adhäsion handelte. Der eigentliche innere Theil, die Hinterwand der Blase, war nicht mit dem Tumor verbunden und liess sich sehr leicht ablösen. Bei der Gelegenheit untersuchte ich die Literatur und konnte nicht mehr als 6 Fälle finden. Später haben sich vielleicht noch einige gefunden, aber deren Zahl ist sehr klein. Was noch viel seltener und höchst wahrscheinlich ein Unicum war, war das, was ich im vorigen Jahr vorzeigte, nämlich eine Foetalblase bei einer Frau von 45 Jahren. In dem Falle reichte die Blase fast bis an den Nabel, war dreieckig, und an beiden Seiten verliefen die Arteriae hypogastricae, und sobald ich einen Einschnitt in der Linea alba gemacht hatte behufs Entfernung des Uterus, stiess ich auf dieses Organ und erkannte und entfernte es von der Umgebung und liess es in das Becken hinunterfallen. Die Patientin lebte 10 Tage nach der Operation. Dann ging sie an Nierenentzündung zu Grunde, was mir erlaubte, das ganze Präparat zu gewinnen, das ich hier im vorigen Jahr vorzeigte. Ich ziehe es vor, diese

Form die foetale zu nennen und nicht die infantile. Natürlich ist kein plötzlicher Uebergang ganz zum Infans vorhanden. Was wir zuletzt im Foetus finden, werden wir anfangs im Infans finden. Die Anatomie der Blase beim Kind war bis vor einigen Jahren fast unbekannt. Dann kam das vorzügliche Werk von Symington in Edinburgh über die Anatomie des Kindes, eine Specialarbeit, basirt auf einem recht bedeutenden Material; Verf. widmete auch mehrere Seiten der Frage der Entwickelung der Blase beim Kind nach der Geburt. Unmittelbar bei der Geburt ist die Form genau wie Sie sie in der Abbildung meines Präparats sehen, ein Dreieck, das hinaufgeht bis zum Nabel. Aber schon bei einem Kind von 3½ Monaten hat die Blase sich ganz heruntergezogen. Nur die leere Blase reicht nur einen cm über die Symphyse. Man sieht öfters in Büchern angegeben, dass die kindliche Blase ein abdominales Organ sei, mehr als ein Beckenorgan. Das ist aber grossentheils ein Irrthum. Was wir aber anatomisch unter dem wahren Becken verstehen, ist alles was unter der Fläche liegt, die zwischen dem oberen Ende der Symphyse und dem Promontorium des Sacrum gelegt werden kann. Und wenn man das vor Augen hat, liegt sogar bei dem neugeborenen Kind der grössere Theil, zwei Drittel, der Blase unter dieser Fläche und nur ein Drittel oberhalb. Das war der einzige Punkt, über den ich nicht mit dem Redner übereinstimme. Er sagte, dass die Blase sich im Laufe der Jahre herunterzieht. Es scheint, dass das im Laufe weniger Monate geschieht.

Nun noch ein Wort über die Bildung der Blase beim Foetus. Es führt auch da zu Verwirrung, dass das Wort Urachus in verschiedener Bedeutung gebraucht wird. In der Entwickelungslehre bedeutet Urachus das ganze Organ, das später zur Blase wird, plus dem Ueberreste des oberen Theils, der einschrumpft und dann anatomisch Urachus heisst. Der anatomische Urachus ist ein solider oder hohler Strang, der vom Nabel bis zum Scheidel der Blase geht. Beim Embryologen dagegen ist der Urachus die ganze Blase hinauf bis zum Nabel. — Dr. John A. Schmitt (Schlusswort): Es scheint, dass die Zeit, innerhalb welcher die infantile Blase sich in das kleine Becken zurückzieht, von verschiedenen Autoren verschieden angegeben wird. Ich berufe mich hier hauptsächlich auf Waldeyer, der behauptet, dass in den meisten Fällen die weibliche Blase erst zur Zeit der Pubertät vollständig in das kleine Becken hinuntergesunken ist, und dass in seltenen Fällen die infantile Hochlagerung bestehen bleibt. Es scheint, dass die Autoren nicht ganz in Uebereinstimmung sind; einzelne lassen das physiologische Senken der Blase viel früher eintreten; andere erachten es erst zur Pubertätszeit als vollendet.

Dr. S. W. Bandler: Demonstration des Vaporisations-Apparats nach Dührssen.

Discussion. Dr. C. A. von Ramdohr: Wenn ich den Vorredner richtig verstanden habe, ist er zweimal dazu gezwungen worden, eine Uterus-Exstirpation vorzunehmen. — Dr. S. W. Bandler: Eine Uterus-Exstirpation, wo ich zweimal vaporisirt habe. — Dr. C. A. von Ramdohr: Wie viele Fälle haben Sie im Allgemeinen behandelt?

— Dr. Bandler: Ungefähr 18 Fälle. — Dr. von Rahmdohr: Wenn unter 18 Fällen ein Fall so schlecht gewesen ist, dass er trotz allem eine Uterus-Exstirpation erforderte, so glaube ich nicht, dass der Apparat absolut jedem Practiker in die Hand gegeben werden sollte. — Dr. Henry J. Garrigues: Ich brauchte diese Methode vor einigen Jahren, als ich sie im Centralblatt für Gynäcologie beschrieben fand. Sie ist von einem Russen Namens Sneguireff erfunden worden. Ich hatte diesen feinen Apparat nicht. Ich brauchte einen Apparat, wie man ihn für Diphtherie gebraucht, einen Dampfkessel mit einem Metallrohr. An dieses Rohr schloss sich ein Kautschuckrohr, das am anderen Ende mit einem doppelläufigen Uterincatheter verbunden war. Die Application war leicht, und im Laufe einer halben Minute kam eine chokoladenfarbige Flüssigkeit heraus. Ich brauchte es vielleicht in fünf oder sechs Fällen, habe es aber ganz aufgegeben. Ich fand keine besonderen Vortheile und fand, dass ich häufig einen sehr langwierigen Ausfluss bekam, so dass ich zu der Ansicht kam, dass ich mehr Schaden als Gutes gethan hatte. Dann kam der Fall, auf den der College hingewiesen hat, von dem Tod in der Treub'schen Klinik, und mehrere andere unangenehme Fälle. Man bedarf allerdings mitunter etwas ausser der Curettage. Nach meiner Erfahrung passt da der galvanische Strom ganz vorzüglich. Ich habe dafür den positiven Pol im Innern des Uterus als Nachbehandlung angewendet, falls die Blutung fortfährt, nachdem gut currettirt worden ist. Ich habe noch keinen Fall gesehen, der durch diese Behandlung nicht geheilt worden wäre. Sie muss natürlich wiederholt werden. Es genügt nicht, den galvanischen Strom einmal anzuwenden. Man muss ihn während einiger Zeit mehrmals wöchentlich anwenden, aber ich habe in jedem Fall, wo ich diese Nachbehandlung gebraucht habe, ein befriedigendes Resultat erreicht. Ich möchte die Herren Chirurgen, die hier sind, fragen, ob sie vielleicht die Vaporisation bei Leber- und Milzblutungen gebraucht haben. Es scheint mir, dass sie da von allergrösster Bedeutung wäre. Der Erfinder rühmt den Apparat ganz besonders bei diesen stark blutenden Organen, wo unsere gewöhnlichen blutstillenden Mittel uns im Stich lassen. — Dr. A. Ripperger: Dr. von Ramdohr sagte, dass der Apparat nicht jedem practischen Arzt in die Hand gegeben werden sollte. Dührssen selbst ist sich dieser Gefahr seines Apparates wohl bewusst. Er giebt in einer seiner diesbezüglichen Publicationen*) an, dass er hauptsächlich deswegen ein so weites Einführungsrohr gewählt habe, um einer kritiklosen Anwendung der Vaporisation bei allen möglichen Blutungen vorzubeugen. Diese Gefahr läge sehr nahe, wenn das Vaporisationsrohr so dünn sei, dass es ohne vorherige Dilatation in den Uterus eingeführt werden könne. Dass die ganze Frage noch nicht abgeschlossen ist, geht daraus hervor, dass fast fortwährend noch in den gynäcologischen Fachschriften Artikel für oder gegen die Vaporisation publicirt werden. — Dr. S. W. Bandler (Schlusswort): Wenn ich sage, dass unter 18 Fällen ein Uterus exstirpirt werden musste, so meine ich nicht, dass dies poli-

*) Centralblatt f. Gynäcologie, 1900, No. 5.

klinische Fälle waren. Ich habe von persönlicher Erfahrung über leichte Endometritis-Fälle, Fluor albus u. s. w. nichts gesprochen, weil ich hier nicht die Absicht hatte, eine Meinung über diese Krankheiten auszusprechen. Diese 18 sind schwere Fälle, die wegen starker Blutungen ins Hospital kamen, und darunter waren viele Fälle von klimacterischer Blutung. Die sind alle zuerst in anderer Weise behandelt worden, und erst wenn man mit den anderen Mitteln nicht weiter kommen konnte, ging man zu dem Apparat über. Ich möchte fragen, ob jemand eine klimacterische Frau monatelang mit einer Uterustamponade herumgehen lassen will. Wir haben aber diese Methode nicht nur gebraucht, um die Uterusblutung zu stillen, sondern um eine Verödung und Verwachsung der Uterushöhle hervorzubringen, und haben dabei gemeint, dass mit dieser Störung der Schleimhaut ein Carcinom später nicht entstehen könnte. Die schlimmen Fälle, worüber ich berichtet habe, die nur durch ein schlechtes Instrument schlecht ausgefallen waren, sind Zeugen dafür, dass man mit dieser Methode, ob es eine klimacterische Frau ist oder nicht, eine absolute Obliteratio cavi hervorbringen kann, und das ist unser Ziel gewesen. Die Methode ist nicht neu. Ich habe nicht hauptsächlich über die klinischen Erfahrungen gesprochen. Ich wollte nur die Vorzüge dieses Instruments zeigen und habe die unglücklichen Fälle citirt, weil diese nur durch die Hitze des Metalls des früheren Catheters schlecht ausgefallen sind. Mit dieser Methode kann man nicht eine Perforation verursachen.

2. Mittheilungen des Verwaltungsrathes.

Präsident Dr. Hermann G. Klotz: Aus der letzten Sitzung des Verwaltungsrathes habe ich Ihnen mitzutheilen, dass das Comité, welches der Verwaltungsrath ernannt hatte, einen anderen Stenographen zu engagiren, nicht im Stande gewesen ist, den Auftrag auszuführen. Es hat daher ein vorläufiges Abkommen mit unserem bisherigen Stenographen getroffen, das Amt bis zum 1. Januar mit dem erhöhten Honorar von $15.00 per Sitzung weiterzuführen. Der Verwaltungsrath beschloss, dies gutzuheissen und das Comité zu ermächtigen, mit Herrn Dr. Tombo ein weiteres Abkommen unter denselben Bedingungen für das nächste Jahr zu schliessen.

Die Versammlung beschliesst ohne Debatte, den Vorschlag des Verwaltungsrathes gutzuheissen.

Die Versammlung beschliesst ferner, den Vorschlag des Verwaltungsrathes zu genehmigen, wonach das Stiftungsfest in diesem Jahr durch ein Festessen mit folgendem Tanz gefeiert werden soll. Das Fest soll am 15. December stattfinden und der Preis des Couverts nicht mehr als $1.50 betragen, wobei ein etwaiges Defecit aus der Kasse zu bestreiten ist.

Die Versammlung beschliesst ferner auf Antrag des Verwaltungsrathes, Herrn Dr. Alfred Michaelis wegen Nichtbezahlung des Eintrittsgeldes von der Mitgliederliste zu streichen.

Präsident Dr. Hermann G. Klotz: Ich habe Ihnen noch mitzutheilen, meine Herren, dass wir am gestrigen Tage ein Mitglied durch den Tod verloren haben, das bereits seit Jahren kränklich gewesen ist. Herr Dr. Franz Serr ist gestern gestorben, und ich fordere die An-

wesenden auf, sich zu Ehren seines Andenkens von den Sitzen zu erheben. (Geschieht.)

Ich habe den Statuten gemäss heute zwei Auditoren zur Prüfung der Kasse zu ernennen und ernenne dazu die Herren Alfred Meyer und John Schmitt.

3. Vorträge. Dr. F. Schwyzer: Ueberanstrengung des Herzens und deren Beziehung zur Fragmentation des Myocards. (Ist in der Decembernummer des vorjährigen Jhrgs. ds. Monatsschr. als Originalarbeit erschienen.)

Discussion. Dr. J. Kucher: Ich möchte Herrn Dr. Schwyzer fragen, ob er uns nicht etwas genaueren Aufschluss über das anatomische Herz geben kann, über Länge der Kammerhöhlen und Dicke der Wandung. Es ist sehr grosses Gewicht darauf gelegt, dass bei diesen Ueberanstrengungen sehr häufig Herzen beobachtet werden, wo gar keine Hypertrophie vorhanden ist. Es würde mich sehr interessiren, wenn der Vortragende über die Verhältnisse des Herzens mehr Aufschluss geben könnte. — Dr. I. Adler: Der ausserordentlich interessante und gründliche Vortrag von Dr. Schwyzer fordert eine anregende Discussion heraus. Leider bin ich heute Abend nicht bei Stimme, um alles das zu sagen, was ich gern sagen möchte. Nur auf einige Punkte möchte ich aufmerksam machen. Wenn es vielleicht gestattet wäre, zunächst den Fall selber noch einmal in einigen Punkten zu beleuchten, so möchte ich Dr. Schwyzer fragen, ob es denn wirklich so absolut sicher ist, dass der Patient an Herztod gestorben ist. Es sind nämlich in der Krankengeschichte, wie sie Dr. Schwyzer vorgetragen hat, eine Anzahl Punkte, die mir auffallend erscheinen. Sicher ist ja, das geht aus der anatomischen Untersuchung hervor, dass der Mann ein schwer lädirtes Herz hatte, so schwer, dass er die letzten agonalen Erscheinungen nicht ohne Zersplitterung der Muskeln, also Fragmentation durchmachen konnte. Auffallend war mir aber in der Krankengeschichte die Thatsache, dass er noch kurz vor seinem Tode sich erhebliche Anstrengungen hat erlauben können, dass er noch eine anstrengende Radfahrt gemacht hat, dass er eine halbe Stunde vor dem Tode noch drei Treppen hinaufgerannt ist — alles Erscheinungen, die auf ein sterbendes Herz nicht recht passen. Ferner die Thatsache, die Dr. Schwyzer hervorgehoben hat, dass keine Dilatation da war. Ein so schwer lädirtes Herz, an dem so lange schwere Muskelstörungen u. s. w. bestanden haben, wozu noch fortwährende übermässige Anstrengungen kommen, das sollte, das ist die allgemeine Erfahrung, wenn nicht hypertrophirt, so doch wenigstens dilatirt sein. Ferner war mir die Convulsion auffallend, die Dr. Schwyzer beschrieben hat. Das kommt auch beim Herztod gelegentlich vor, namentlich wo auch andere Organe getroffen sind. Aber in den Fällen, wo ausser dem Herzen keine andere Läsion vorhanden, ist es doch für den Herztod recht auffallend. Ich bedaure es deshalb recht sehr, dass die Section des Hirns und Rückenmarks unterbleiben musste. Ich möchte nur an einen bekannten Fall von Recklinghausen erinnern, wo auch fragmentatio cordis vorlag, aber keine causa mortis. Alle Organe wurden gesund gefunden, und nur zu allerlezt bei Untersuchung der Medulla fand

sich eine kleine Hämorrhagie, eine Blutung, welche die Todesursache darstellte. Nehmen wir in dem Fall von Dr. Schwyzer etwas ähnliches an, so wären, wie mir scheint, sämmtliche Erscheinungen erklärt, und es wäre damit nicht ein reiner Herztod. Ich stelle mir vor, dass das Herz, das Dr. Schwyzer so gründlich durchgearbeitet hat, in seiner Muskulatur schwer gestört war, aber dass eben, wie er auch hervorhob, keine Degenerationserscheinungen wesentlicher Art vorhanden waren, weder Degeneration der Blutgefässe, noch die gewöhnliche albuminöse oder fettige Entartung der Muskelfasern. Das Herz war krank insofern als die Muskulatur schwach und die Verbindung der Muskelzellen eine verhältnissmässig lockere war, aber noch genügte, um den täglichen Anforderungen des Mannes einigermaassen zu entsprechen, und dass eben in der plötzlichen Agonie die Zerreissung stattfand. Damit ist auch der Standpunkt bezeichnet, den ich persönlich gegenüber der Fragmentation einnehme. Ich kann mich im Wesentlichen an Dr. Schwyzer anschliessen. Ich glaube durchaus nach dem, was ich gesehen habe, und nach den Herzen, die ich untersucht habe, dass der Standpunkt, den die modernen Franzosen einnehmen, ganz unhaltbar ist. Die Fragmentation, die Segmentation des Herzmuskels ist kein Zustand, der lange vor dem Tod haltbar ist. Man muss da ohne weiteres Zenker Recht geben, dass sich ein solcher Zustand mit dem Leben nicht verträgt. Er ist keine Stunde vor dem Tode haltbar; noch viel weniger ist er diagnosticirbar oder therapeutisch erreichbar. Es handelt sich immer um ein schwer degenerirtes Herz, entweder von gewöhnlicher Entartung oder jener eigenthümlichen Degeneration resp. Lockerung, die auch in dem Fall des Dr. Schwyzer vorlag, und die dem agonalen Ansturm nicht widerstehen kann. In allen diesen Fällen ohne Ausnahme handelt es sich immer um plötzlichen Tod. Ein Wort über die Sarcolemm-Frage, die Dr. Schwyzer auch aufgeworfen hat. Nach allem was ich gesehen, bin ich auch sehr geneigt, anzunehmen, dass die Herzmuskeln ein Sarcolemma haben, ebenso wie andere Muskeln. Es liegen mir Präparate vor, in denen ich glaube, dass das Sarcolemma ohne Zweifel zu sehen ist. Man sieht oft, Schläuche die nicht degenerirte oder gequollene Muskelfasern darstellen, sondern leere, Sarcolemma-Schläuche, wie man es bei der Körpermusculatur, bei den Skeletmuskeln findet. — Dr. F. Schwyzer (Schlusswort): Ich möchte zunächst Herrn Dr. Kucher bemerken, dass das Herz in allen seinen Massen ungefähr normal war, die Ventrikel waren dilatirt. Die Bemerkungen von Dr. Adler haben mich sehr interessirt. Ich bin mir auch darüber klar, dass mein Fall nicht absolut feststeht. Es war mir leider aus äusseren Gründen nicht möglich, die Gehirnsection zu machen. Nach der ganzen Anamnese habe ich aber eben gar keinen Grund, an irgend eine centrale Läsion zu denken. Der Mann war jung, hatte keine Gefässveränderung und war in jeder Beziehung durchaus normal. Es könnte sich ja um eine Embolie in einem Gehirn- oder Medullengefäss gehandelt haben, aber wahrscheinlich scheint es mir nicht zu sein. Was ich als Convulsion bezeichnet habe, ist nicht eine vollständige allgemeine Convulsion, sondern es war ein Zucken, anscheinend in der oberen Extremität. Die Reizung in der Herzgegend muss eine intensive gewesen sein, denn der

Mensch zerkratzte sich mit den Nägeln die ganze linke Brusthälfte. Krämpfe und Zuckungen sind bei raschem Herztode durchaus nicht selten — sie sind das Resultat der plötzlichen Gehirnanämie (ich erinnere an den Kussmaul-Tennor'schen Versuch). Die Krämpfe sprechen daher absolut nicht gegen die Diagnose Herztod. Ebenso wenig spricht dagegen die Erschlaffung des Myocards, denn wenn die Herzmuskelfasern so intensiv verändert sind, können sie sich eben nicht mehr zusammenziehen.

Dr. W. Freudenthal: Ueber einen eigenthümlichen Fall von Paralysis glossopharyngolabialis.

Discussion. Dr. Jos. Fraenkel: Der Autopsie-Bericht des recht interessanten Falles ist unter keinen Umständen eine Ueberraschung. Aus der klinischen Geschichte hätte man mit äusserst grosser Mühe die Diagnose einer Paralysis glossopharyngolabialis machen können. Die progressive Bulbär-Paralyse ist keine klinische Einheit, sie ist ein Theil einer allgemeinen Degeneration des motorischen Systems und äussert sich vor Allem durch eine Erkrankung der Seitenstränge und der Vorderhörner. Es müssen Anzeigen der Atrophien in den Muskeln der Zunge, des Gaumens, der Kehle vorhanden sein. In zweiter Reihe ist diese Paralyse bei einem Mann von 61 Jahren an sich eine Seltenheit, so dass man die Diagnose hätte schwerlich machen können. Eine Gruppe anderer Fälle, die in der früheren Literatur unter dem Namen der Pseudobulbärparalyse beschrieben wurden, ohne anatomischen Befund, waren theils Fälle von cerebraler Erkrankung an den obersten Theilen beider Centralwindungen oder die sogenannte amyasthenische Bulbärparalyse. Dies waren also einestheils die Paralysen cerebraler Natur, und in den letzten Jahren wurde von Erb und Jolly in Berlin ein eigenthümliches Krankheitsbild unter dem Namen Bulbär-Paralyse ohne anatomischen Befund abgeschieden. In einer Reihe von solchen Fällen ist allerdings post mortem keine Degeneration und keine Erkrankung der Medulla gefunden worden. Aber auch klinisch ist das Krankheitsbild von der Duchenne'schen Bulbär-Paralyse sehr verschieden. Es ist ein remittirendes Bild, in der eine Zungenlähmung oder Lähmung des Kehlkopfs eine oder zwei Tage besteht und dann eine Woche lang wieder verschwindet. Es hat sich also das Krankheitsbild klinisch an gar keine Form der Bulbär-Paralyse angelehnt. Demnach könnte man den berichteten Fall nicht unter die Gruppe einreihen, und deshalb nicht als Fall von Bulbär-Paralyse ohne anatomischen Befund ansehen. — Dr. W. Freudenthal (Schlusswort): Das ist ja gerade das Characteristische dieser Fälle, die von Oppenheim u. A. beschrieben wurden. Es giebt nur sehr wenig Fälle in der Literatur, und das ist gerade das Characteristische, dass der anatomische Befund ein negativer ist. Man kann nichts finden, und doch werden diese Fälle auch von vielen Autoren als Bulbär-Paralyse bezeichnet. Ich wüsste nicht, in welche andere Categorie man diese Fälle hineinreihen sollte.

Es werden nominirt: Zum Präsidenten: Dr. Geo. W. Jacoby. Dr. Carl Beck. Zum Vice-Präsidenten: Dr. Louis Heitzmann. Zum protocollirenden Secretär: Dr. J. A. Beuermann. Zum stellvertretenden prot. Secretär: Dr. A. Ripperger. Zum correspondi-

renden Secretär: Dr. A. Rose. Zum Schatzmeister: Dr. Jos. Fraenkel, Dr. J. Guttmann, Dr. S. Breitenfeld. Zum Aufnahme-Comité: Dr. J. W. Gleitsmann, Dr. H. G. Klotz, Dr. W. Freudenthal, Dr. L. Weber, Dr. Willy Meyer, Dr. M. Einhorn, Dr. H. J. Boldt.

Dr. J. A. Beuermann, prot. Secr.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Sperm in Pöhl. Jakowlew theilt in seiner Arbeit „Zur Frage der Heilwirkung des Spermins von Pöhl bei Augenkrankheiten" mit, dass er bedeutende Besserung sah von subcutanen Spermininjectionen bei Atrophie der Sehnerven, wenn das Sehvermögen noch nicht ganz erloschen war, bei Amblyopia alcoholica und bei Glaskörpertrübungen, wenn die Grundkrankheit schon gehoben war. (Wratsch, 1899, No. 10 und Schwalbe's Jahrb. der pract. Medicin, 1900, Seite 441.)

— Zur Wirkung des Eisen-Tropons. Goliner in Erfurt gab einem Typhus-Reconvalescenten Eisen-Tropon. Tropon, bekanntlich ein natürliches, aus Fleisch und Hülsenfrüchten gewonnenes Eiweisspräparat, entspricht den Anforderungen einer rationellen Ernährung Kranker insofern, als es vegetabilisches und thierisches Eiweiss gemischt enthält und die Leguminosen am reichlichsten Pflanzencasein enthalten. Der betreffende Reconvalescent, ein Mann von 65 Jahren, bekam, nachdem seine völlige Entfieberung eingetreten war, Eisen-Tropon, dreimal täglich gleich nach der Mahlzeit einen gehäuften Theelöffel in einem kleinen Glase Milch, bisweilen auch zur Abwechslung mit etwas Ungarwein. Das Präparat schmeckte dem Kranken vortrefflich, sein Körper gewann an Gewicht und an Kraftgefühl; er erholte sich rasch. Besonders hervorzuheben ist der wichtige Umstand, dass nach dem Gebrauche des Eisen-Tropons weder Verstopfung, noch Durchfall eintrat, die Verdauung vielmehr ganz normal vor sich ging. Da das an Peptone gebundene Eisen in leicht assimilirbarer Form den Säften zugeführt wird, erklärt sich die leichte Resorption des Eisen-Tropons von selbst. Dasselbe leistete G. ferner sehr gute Dienste bei Influenza, Diphtherie und bei geschwächten, durch Blutverluste heruntergekommenen Wöchnerinnen. Irgend eine unangenehme Nebenwirkung trat in keinem Falle auf. Das Eisen-Tropon bildet somit eine werthvolle Bereicherung der uns zu Gebote stehenden diätetischen Mittel, welche wir zur Bekämpfung schwerer Ernährungsstörungen anwenden. (Reichs-Medizinal-Anzeiger, 1900, No. 25.)

— Xeroform bei Enteritis. Petrucci hat die Wirksamkeit des Xeroforms in rund 40 Fällen studirt, meistens acute catarrhalische Enteritis, hervorgerufen durch Diätfehler und durch verdorbene oder schwer verdauliche Speisen. Behufs einwurfsfreier Prüfung wurde das Xeroform stets allein gegeben. Die Dosis war 0,35 bis 0,5 g für Erwachsene (in Oblaten, da Xeroform unlöslich ist) und 0,1 bis 0,25 für Kinder (in Gummi-Emulsion) in Zwischenräumen von ca. 3 Stunden. Die ganze Tages-Dosis betrug 2,5 bis 3,5 g für die Erwachsenen

und 1,0 bis 1,2 g für Kinder. P. fand es durchaus überflüssig, bis zur stärkeren Dosis von 6 bis 7 g zu gehen, welche von Fasano und auch von Hüppe (bei Cholera) angewendet wurden. Die Kranken haben das Mittel vorzüglich vertragen; selbst bei Personen, die ausserordentlich durch Alter und Krankheiten geschwächt waren, hat das Xeroform keinerlei bemerkenswerthere Nebenwirkungen gehabt. Eine leichte Uebelkeit wurde bei zweien der Kranken kurz nach Einnahme des Mittels empfunden, aber auch diese verschwand sehr rasch. Die Verdauungsthätigkeit wurde niemals beschränkt. Bei einigen verursachte das Xeroform etwas Aufstossen. Vor und nach dem Einnehmen des Medicamentes wurden Puls und Athmung beobachtet; aber niemals konnte irgendwelche Veränderung wahrgenommen werden. Der Urin blieb immer normal, in Quantität und in der Farbe, und eiweissfrei. Die Faeces wurden dunkelbraun. Die beobachteten Fälle, von denen P. einige, die wegen der Schwere und Dauer der Krankheit besonders wichtig erscheinen, mittheilt, zeigen zweifellos die vollständige Toleranz des Mittels, seine absolute Unschädlichkeit und seine prompte Wirkung. Es ist selbstverständlich, dass das Xeroform, indem es die Ursache der Diarrhoen bekämpft, auch die anderen Symptome, wie Meteorismus, Koliken etc. sehr rasch unterdrückt und dadurch die Anwendung irgend eines anderen Beruhigungsmittels überflüssig macht. Dass das Medicament in acuten Fällen rascher wirkt als in chronischen, ist leicht zu begreifen; wenn die Diarrhoe durch eine acute Infection hervorgerufen ist, so wirkt das Xeroform speciell durch seine bactericide Wirkung. In den von P. mitgetheilten Fällen acuter Enteritis überwiegt die desinficirende Wirkung des Xeroforms die adstringirende Wirkung, während in Fällen von chronischer Enteritis, in denen die Darm-Infection eine leichtere is, und in denen die diarrhoischen Erscheinungen eher die Folge chronischer Entzündung der Darmschleimhäute sind, die Wirkung des Medicaments eine langsamere sein muss, da es hier vornehmlich als Adstringens zu wirken hat. Wir haben also im Xeroform ein vorzügliches Mittel gegen die Diarrhoen der acuten Enteritis, ein therapeutisches Mittel, welches genau den klinischen Erfordernissen als Adstringens und Desinficiens entspricht, welches nur auf den Darm einwirkt, gut vertragen wird und keinerlei schädliche Nebenwirkungen hat. (No. 8, 1900, Rendiconti dell' Associazione Medico-Chirurgica di Parma.)

— Unter dem Titel „Einige neue Medicamente in der Phthiseotherapie" berichtet Jul. Pollak über die mit Duotal, Pyramidon und Heroinum hydrochloricum in der Heilanstalt Alland gemachten Erfahrungen. Eines der ältesten Heilmittel der neueren Phthiseotherapie ist das Kreosot. Die verschiedenen Beschwerden, besonders die gastrischen, die bei einer durch längere Zeit geführten Kreosottherapie ziemlich häufig auftreten, sind zur Genüge bekannt. Dasselbe muss in Folge dessen, trotz seiner unleugbar desinficirenden Eigenschaften, doch in vielen Fällen bald ausgesetzt werden. Die Vortheile des Kreosots, doch ohne dessen Nachtheile, finden wir im Duotal. Versuchshalber wurde Duotal in der Heilanstalt Alland einer Reihe von Kranken verabreicht. Es wurden hauptsächlich solche Patienten ausgewählt, bei denen in Folge von Appetitlosig-

keit keine Gewichtszunahme zu erzielen waren. Die erhaltenen Resultate waren im Grossen und Ganzen zufriedenstellend. Wenn auch auf Husten, Auswurf, Athemnoth und sonstige Beschwerden der Phthisiker durch Verabreichung von Duotal keinerlei Wirkung zu beobachten war, so ist das Duotal doch in Folge seiner appetitanregenden Eigenschaft sowohl für die Spitals- wie auch die Privatpraxis jedenfalls zu empfehlen, aber auch in den geschlossenen Heilstätten neben den diätetisch-hygienischen Behandlungen als ein nicht zu unterschätzendes Hülfsmittel zu betrachten.

In den Heilanstalten für Lungenkranke soll nach Brehmer-Dettweiler'schen Principien das Fieber nur durch vollkommene Bettruhe bei wesentlich reducirter Kost bekämpft werden. Die Erfahrung lehrt jedoch, dass man auch hier, und zwar ziemlich häufig, Ausnahmen machen muss, da man in vielen Fällen bei Anwendung von Antipyreticis nebst der genannten Therapie viel rascher zum Ziele kommt. Verliert der Kranke z. B. während des Fiebers den Appetit, so kann man sich oft davon überzeugen, dass er in der, wenn auch noch so kurz dauernden, fieberlosen Tageszeit mit Appetit sein Mahl einnimmt. In solchen und ähnlichen Fällen soll man nicht auf die Antipyreticis verzichten. In der Alland'schen Heilanstalt wurden nun Versuche mit Pyramidon angestellt. Es ist dies ein Dimethylamidoantipyrin, ein neues Derivat des Antipyrins. Beim gesunden Menschen beeinflusst es die Temperatur nicht im Geringsten; es tritt nur eine leichte Röthung des Gesichtes und ganz geringe Schweissabsonderung ein. Als Antipyreticum bei Phthisikern hat es sich in den meisten Fällen gut bewährt. Nur in einer geringen Anzahl von Fällen versagt es die Wirkung ganz. Sein Vorzug vor anderen Antipyreticis ist der Umstand, dass es niemals schädigend auf das Herz einwirkt, ja im Gegentheil, nach Kobert (Berliner Congress 1899), dieses günstig beeinflussen soll.

Eines der neueren Mittel gegen den bei Tuberculösen so häufig auftretenden heftigen, quälenden Hustenreiz ist das Heroin, ein Diessigsäureester des Morphins. Es wurde im Ganzen in der Heilanstalt bei ca. 50 Patienten systematisch verabreicht. In den meisten Fällen genügte Abends eine Dosis von 0,005 g, um den Patienten eine ruhige, hustenfreie Nacht zu verschaffen. Auch bei längerer Verabreichung zeigte sich bei dieser Dosis beim grösseren Theil der Patienten keinerlei unangenehme Nebenwirkung. Obstipation in Folge der Verabreichung wurde nicht beobachtet. Bei drei Patienten musste das Präparat jedoch schon am dritten Tage wegen auftretender Intoxicationserscheinungen ausgesetzt werden. Man soll daher die Dosis von 0,005 nicht überschreiten. Die Seltenheit übler Nebenerscheinungen bei diesen kleinen Gaben, sowie das Nichteintreten der Gewöhnung, beziehungsweise Abstinenzsymptomen, rechtfertigt die Bevorzugung des Heroins vor Morphin und Codein. (Wiener klin. Wochenschr., 1900, No. 3.)

— Da für Septicaemie sowohl wie für Pyaemie die verschiedenartigsten Definitionen und Benennungen bei den einzelnen Autoren gebräuchlich sind, schlägt H. J. Boldt in einer diesbezüglichen Arbeit (New York Med. Journ., 1901, 26. Jan.) die einheitlichen Bezeichnungen „acute resp. chronische Bacteriaemie" vor.

Boldt definirt die beiden pathologischen Zustände, wie folgt: Septicaemie (acute Bacteriaemie) ist eine Erkrankung des Blutes, und wird hervorgerufen durch einen parasitären Microorganismus, der von irgend einer Eingangspforte aus in den Blutkreislauf gelangt, wobei sich die Infectionserreger so rapid vermehren, dass der Patient gewöhnlich innerhalb von fünf Tagen vom Beginne des Leidens an demselben unterliegt. Meistens handelt es sich um den Streptococcus pyogenes, doch können auch andere pathogene Keime dabei betheiligt sein. Die Pyaemie (chronische Bacteriaemie) wird ebenfalls durch die Einwanderung des Streptococcus pyogenes, allein oder zugleich mit anderen pathogenen Keimen, hervorgerufen, allein die Infectionserreger nehmen hier ihren Ausgang von einem inficirten Thrombus. Sie überschwemmen ferner den Organismus nicht in so grosser Zahl und sind auch nicht so „foudroyant" virulent wie bei der Septicaemie. Die Abscesse, auf deren Auftreten die Unterscheidung zwischen Septicaemie und Pyaemie beruht, kommen dadurch zu Stande, dass bei der Pyaemie sich Infectionserreger ausserhalb des Blutkreislaufes ansiedeln und hier eiterbildend wirken.

— Ein Fall von puerperaler Sepsis, behandelt mit Unguentum Credé. Es handelte sich bei dem von Heinsheimer (Allgem. Med. Central-Zeitung, 1900, No. 49) mitgetheilten Falle um eine puerperale septische Infection, hervorgerufen durch einen manuellen Eingriff der schlecht oder gar nicht desinficirten Hebamme und fortgeleitet — wahrscheinlich von der Placentarstelle aus — in das Beckenbindegewebe und den peritonealen Ueberzug des Uterus. Von hier aus war am zweiten Tage post partum eine Allgemeininfection des Körpers erfolgt, die durch örtliche Antisepsis und Antiphlogose nicht mehr aufzuhalten war. Die Zeichen der allgemeinen Sepsis steigerten sich, Temperatur und namentlich Pulsfrequenz erreichten eine prognostisch höchst ungünstige Höhe, das Sensorium umschleierte sich, zunehmender Verfall der Kräfte bei relativ geringen Schmerzen liess das Schlimmste befürchten, zumal die örtliche und allgemeine Behandlung nutzlos schien. Nunmehr wurde als letzter Versuch zur Rettung der Kranken die Silberschmiercur nach Credé eingeleitet. Die Cur bestand aus vier Einreibungen von jeweils 3 g Unguent. argent. colloidal. Diese vier Einreibungen wurden in Zwischenräumen von etwa neun Stunden vorgenommen, so dass die Behandlung den Zeitraum von 36 Stunden umfasste.

1. Einreibung: am 22. V. Nachts 10 Uhr: Innenseite beider Oberschenkel.

2. Einreibung: am 23. V. Morgens 6 Uhr: Innenseiten beider Unterschenkel.

3. Einreibung: am 23. V. Mittags 3 Uhr: Rücken (in Seitenlage).

4. Einreibung: am 24. V. Frühmorgens: Beugeflächen beider Vorderarme.

Vor jeder Inunction wurden die einzureibenden Theile gründlich mit warmem Wasser, Seife und scharfer Bürste gereinigt und dann mit Alcohol abgerieben; die Krankenpflegerin wurde angewiesen, sich vor der Vornahme der Einreibungen jeweils gründlich zu desinficiren und bei

der Einreibung jedes brüske Kneten und Drücken zu vermeiden. Letzteres erschien nöthig, um der schwerkranken Wöchnerin thunlichst jede Erschütterung und Anstrengung zu ersparen; freilich wurde dadurch zur einzelnen Inunction auch viel länger gebraucht, als Credé vorschreibt, nämlich über ¾ Stunden.

Die fast unmittelbar auf die erste Einreibung folgende und sozusagen stündlich deutlicher werdende Wendung im Befinden der Schwerkranken war eine wirklich eclatante. Der ausserordentliche Umschlag lässt sich nur mit der Wirkung des Diphtherieheilserums vergleichen. Temperatur und Puls sanken während der Nacht gleichmässig auf 39,0 und 134; Die Pat. erklärte, die Kopfschmerzen hätten nachgelassen, ihr Sensorium erschien freier. Die örtlichen Symptome blieben zunächst unverändert.

Was nun die von H. mitgetheilte Krankengeschichte anlangt, so ist diese gewiss zu den Fällen von schwerer puerperaler Sepsis zu zählen, wenn es auch zu diffuser Peritonitis und ihren Folgen nicht kam. Die schwere Anämie complicirte den Fall noch entschieden. Die uterine Therapie hatte versagt; trotz consequenter Eisapplication war die Pelveoperitonitis fortgeschritten; die allgemeine Behandlung — Opium, Alcoholzufuhr, reichliche Ernährung — hatte den zunehmenden Verfall der Kräfte und die Schwächung der Herzthätigkeit nicht aufzuhalten vermocht. Ist die nun folgende eclatante Besserung und rasche Heilung durch die Silberschmiercur bedingt worden oder handelt es sich um eine Spontanheilung?

Diese Frage ist selbstverständlich mit absoluter Sicherheit nicht zu beantworten. Auch bei völlig exspectativem Verhalten schwindet wohl ein schweres Puerperalfieber manchmal plötzlich (Schrader, Olshausen), und auf der anderen Seite geht aus den erwähnten Aeusserungen amerikanischer Autoren hervor, dass die Silberbehandlung in mehreren schweren Fällen versagt hat. H. ist weit davon entfernt, seinen Fall, der ja nur eine vereinzelte Beobachtung darstellt, etwa als beweisend für die Heilkraft des Silbers bei Puerperalfieber hinzustellen. Immerhin schien ihm die Angelegenheit wichtig genug, um die Veröffentlichung auch eines vereinzelten Heilerfolges rechtfertigen zu können. Nur durch eine möglichst grosse Casuistik kann das bedeutsame Problem der „inneren Antisepsis" geklärt werden.

Kleine Mittheilungen.

— Der Verein Deutscher Aerzte in San Francisco hat die New Yorker Medicinische Monatsschrift ebenfalls zu seinem officiellen Organ erwählt. Die in genannter Gesellschaft im Januar stattgefundene Beamtenwahl hatte folgendes Resultat: Präsident, Emil Jellineck; Vicepräsident, Emil Steltzner; Secretär, Adolph Rosenthal; Schatzmeister, Adolph Aronstein; Bibliothekar, Robert Cohn.

— Wir machen unsere Leser auf die in Bälde im Verlage von Her-

bert S. Stone & Company in Chicago erscheinende englische Uebersetzung des bekannten Handbuches der speciellen Chirurgie von König aufmerksam. Betreffs näherer Auskunft über Preis etc. wolle man sich an genannte Verlagshandlung wenden.

— Aus München kommt die Trauernachricht, dass Geheimrath von Pettenkofer, am 10. ds. seinem Leben durch Erschiessen ein Ende setzte. Furcht vor beginnender Geistesstörung soll den weltberühmten Forscher und Hygieniker zu diesem Schritte getrieben haben. Was v. Pettenkofer für die medicinische Wissenschaft geleistet hatte, ist zu bekannt, als dass an dieser Stelle noch daraufhingewiesen werden müsste.

Auch aus Paris wird von einem grossen Verlust berichtet, den die medicinische Wissenschaft erlitt. Daselbst starb am 5. Januar ds. Jhrs. Prof. Pierre-Carl-Edouard Potain im Alter von nahezu 70 Jahren. Er war ein hervorragender Kliniker und Diagnostiker und hat sich ganz besonders um das Studium der Erkrankungen des Circulationsapparates sehr verdient gemacht.

Schieffelin's Medicated Soaps

are made from pure, neutral, white soap, and contain no sugar, starch, silicate or filling material, and no coloring or pigment is added.

We guarantee that the percentage of medicament has been added as per label, and that the soap is thoroughly mixed. A descriptive pamphlet mailed to applicants.

Schieffelin & Co., New York.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XIII. New York, März 1901. No. 3.

ORIGINALARBEITEN.

Dammschutz bei der Geburt der Schultern.*

Von Dr. Gustav Schirmer.

Die Theorie des Dammschutzes bei der Geburt des Kopfes ist erschöpfend erörtert und die practischen Resultate sind ausserordentlich zufriedenstellend. Von dem Dammschutz bei der Geburt der Schultern lässt sich das nicht behaupten und daher kommt es denn auch, dass der bei der Geburt des Kopfes best erhaltene Damm nach der Geburt der Schultern eine Verletzung zeigt. Den Mangel einer richtigen Technik — in erster Linie bei Erstgebärenden — mache ich für dieses nicht schwere aber unangenehme Vorkommniss verantwortlich. Die Annahme eines schon vorbereiteten innern Risses bei der Geburt des grossen Kopfes war zwar ein Trost, half aber nicht über die Thatsache hinweg, dass die Frau bei der Geburt zerrissen wurde, eine Thatsache, die zur Erklärung aller Beschwerden der Frau später ins Treffen geführt werden wird.

Wollen wir uns bei einer ganz normalen Geburt der Schultern über den Mechanismus Rath erholen, so werden wir keinen zufriedenstellenden erhalten, denn wir haben es mit der nicht messbaren Stärke und Elasticität des Dammes zu thun. Es bleibt daher nur übrig, auf Grund theoretischer Ueberlegungen und unserer Kenntnisse vor der Geburt des Kopfes

*) Vorgetragen in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft von Chicago am 13. December 1900.

eine zufriedenstellende Technik zu suchen. Wenn wir unsere Aufmerksamkeit zuerst auf die Maasse lenken, so finden wir, dass der Umfang der Schultern beiläufig um 3 cm grösser ist, als der Umfang irgend eines zum Durchschneiden gelangenden Segmentes des Kopfes. Es ist damit klar, dass wir die Schultern absolut nicht in toto, sondern analog der Kopf-Geburt auch nur segmentweise gebären lassen dürfen. Die anatomischen Verhältnisse gebieten fernerhin, dass der bisacromiale Durchmesser der Schultern nahezu in der Sagittallinie liegen muss, so dass wir von einer vorderen Schulter, die der Symphyse anliegt, und von einer hintern, die dem Kreuzbein zugewendet ist, sprechen können. Wie bewerkstelligen wir nun ein segmentweises Austreten der Schultern? Die vielfachen Drehungen des Kopfes sind durch Beweglichkeit in der Halswirbelsäule ermöglicht, bei der Massigkeit des Rumpfes können wir eine Nachahmung dieses Vorganges nicht erwarten. Die Rumpf- und Gebärmutteraxe fallen nahezu zusammen, und sicher ist es, dass die Richtung der austreibenden Kraft die Wirbelsäule beinahe mitten durch den Damm zu treiben bestrebt ist. Nehmen wir nun einen ideal starken Damm, der genug Widerstand der andrängenden Schulter bietet, dann muss die vordere Schulter an der Symphyse tiefer und tiefer treten, bis sie vollständig geboren ist. Je weniger tief die hintere Schulter bei diesem Vorgange herabrückt, desto mehr kommt die ganze Masse des Dammes zur Geltung, desto weniger wird der Damm weder der Quere noch der Länge nach gespannt. Nehmen wir nun einen weniger widerstandsfähigen Damm an, so werden beide Schultern gleichmässig tiefer getrieben, es wird kein Drehpunkt für die vordere Schulter entstehen, die Schulterbreite stemmt sich zwischen Symphyse und Damm, es reitet die hintere Schulter auf dem dünnsten Segment des Dammes, welches nur sehr schwache Muskelfasern enthält und daher recht leicht einreisst. Uebersetzen wir nun diese theoretischen Ueberlegungen in unser practisches Handeln, so würde sich unsere Thätigkeit bei der Geburt der Schultern einer I.para folgendermaassen gestalten:

Die Frau muss auf die Seite gelagert werden. Sofern keine Indication zur Extraction des Kindes vorliegt, der Mund gereinigt, Lage der Nabelschnur festgestellt, so soll die hintere Schulter während der Wehe durch Druck auf den Damm zurückgehalten werden. Der Kopf soll soweit als möglich nach

dem Kreuzbein zu gezogen werden. Durch diesen abwechselnden Druck und Zug bewerkstelligen wir, dass die vordere Schulter, nachdem wir ähnlich wie beim Kopf die vordere Commissur zurückgestreift haben, vollständig geboren wird. Der Versuch, den Arm der geborenen Schulter herauszuleiten, gelingt oft auffallend leicht. Zur Entbindung der hinteren Schulter müssen wir den Kopf nach der Symphyse zu leiten und dieselben Manöver wiederholen, wie wir sie bei der Geburt des Kopfes kennen. Als Drehpunkt bekommen wir dann bei der Geburt der hinteren Schulter sicher einen Punkt unterhalb der Schulter und als durchschneidenden Umfang einen — besonders nach Entfernung des Armes — bedeutend geringeren als den Schulterumfang.

Diese Methode erfordert Uebung und ruhiges Handeln, in manchen Fällen wird sie sich nicht so stricte durchführen lassen, ist uns aber das Princip des segmentweisen Austretens der Schultern klar, dann wird es uns gelingen, auch die kleinen Dammrisse zu vermeiden.

Die hier angegebenen Sätze bewähren sich so sehr in der Praxis, dass ich blos zur Illustration des Gegensatzes einige Angaben der Lehrbücher hier wiederhole: Es ist auch der gröbste Fehler, einen Arm vor der Geburt des Thorax hervorzuziehen, weil dadurch Knochenbrüche unvermeidlich entstehen würden. Sollte der Damm gefährdet sein, so kann man ihn hin und wieder dadurch schonen, dass man durch Drehung an der hinteren Schulter den bisacromialen Durchmesser im schrägen oder queren Durchmesser austreten lässt. Der Umfang der Schultern ist zwar entschieden unter demjenigen des Schädels, aber die Schulterbreite selbst grösser als die entsprechenden Kopfdurchmesser. Man drückt den Kopf etwas nach hinten.

Ein Fall von Actinomycosis.

Von Dr. Leonhard Weber.

Obwohl schon einige 40 Fälle von Actinomycosis veröffentlicht worden sind, seitdem Bollinger 1876 die Aufmerksamkeit auf das Vorkommen dieser Krankheit beim Kinde gelenkt und Jas. Israel und Ponfick 1878 die ersten Fälle beim Menschen beschrieben haben, ist es doch wohl der Mühe werth

einen von mir beobachteten Fall hier mitzutheilen; insbesondere auch deshalb, weil das Jodkalium, welches von manchen Beobachtern als Heil- oder Hemmungsmittel in der medicinischen Bekämpfung des Pilzes empfohlen, und in meinem Falle aus anderen Gründen 2 Monate lang vor dem Auftreten der Krankheit gegeben wurde, die Entwickelung derselben nicht verhinderte, noch auch späterhin sich therapeutisch bewährte.

Zumeist greift der Strahlenpilz vom Munde aus Knochen und Weichtheile der Kiefergegend und des Nackens an, doch kann er auch in den Respirationsorganen sich zuerst ansiedeln und dann in der Brustwand, oder in den Eingeweiden und dann in der Bauchwand, oder in Haut- und Zellgewebe; selten wandert er ins Gehirn und dessen Häute. In dem letzten Falle, von dem ich gelesen, mitgetheilt von W. Nikitin in der Deutschen med. Wochenschrift, Jahrgang 1900, No. 38, nahm der Krankheitsprocess in den Respirationsorganen eines 37jährigen Weibes seinen Anfang, ergriff erst danach die Brustwand und endete im Gehirn nach zweijähriger Krankheit. Mein Fall fing im Kiefer und Gesicht an im März 1895, blieb scheinbar geheilt durch 1896, zeigte Lungensymptome im Mai 1897 und endete pneumonisch im Juli 1897.

S. B. H., alt 52, ledig, mir seit 27 Jahren wohl bekannt, war von Jugend auf frisch und kräftig und blieb so, bis er das Unglück hatte, Syphilis zu acquiriren im Jahre 1879. Brachte ihm diese Krankheit auch keine wirklichen Gefahren, so erwies sie sich doch recht hartnäckig und wurde erst um 1890 ganz latent. Am 26. Januar 1895 suchte mich Pat. wieder auf und klagte über leichten Schmerz, Empfindlichkeit auf Druck und circumscripte Schwellung einer Rippe, welche ich als syph. Periostitis diagnosticirte und mit Jodkalium behandelte. Ende Februar hatte er etwa 60,0 genommen und war von allen genannten Symptomen frei. Schon Anfangs März stellte er sich wieder vor und zeigte eine wunde Stelle am Zahnfleisch in der Gegend der zwei letzten Backenzähne der rechten Unterkieferhälfte. Der letzte Backenzahn war cariös und vom Zahnarzt entfernt worden und der vorletzte noch in Behandlung. An der wunden Stelle aber hatte er Schmerzen, die sich nach aufwärts zogen und mit Schwellung und bläulicher Röthung der Schleimhaut verbunden waren. Am 20. März nahm Pat. eine äussere Anschwellung wahr, die sich vom Kieferwinkel den Masseter entlang bis zum Jochbein zog und das Kauen erschwerte, doch weder heiss noch beson-

ders empfindlich noch von Allgemeinerscheinungen begleitet war. So kam er denn erst am 26ten wieder zu mir, da war denn schon tief sitzende Fluctuation nachzuweisen. Ich dachte zunächst an einen gummösen Process, brachte Pat. noch denselben Tag zu Dr. F. Lange. In dem durch Aspiration gewonnenen dicken Fluidum liessen sich die Strahlenpilze in ziemlicher Zahl sofort nachweisen. Was nun die Art und Weise der Infection betrifft, so kann ich nur sagen, dass Pat. bei längerem Aufenthalte im Lande im Sommer 1894 die Gewohnheit hatte, Korn- und Weizenähren in den Mund zu nehmen und daran zu kauen; das hat er oft gethan, ein Pferd hielt er sich damals auch, hatte aber mit der Besorgung desselben nichts zu schaffen. Manch anderer Fall ist auf demselben Wege inficirt worden. Wir haben schon gesehen, dass die zufällige Darreichung von ziemlich kräftigen Dosen Jodkalium fünf Wochen lang vor dem Ausbruch der Actinomycose durchaus keinen entwicklungshemmenden Einfluss ausübte, sondern der Pilz in Schleimhaut, Muskeln und Knochen sich ansiedelte und verbreitete. Bei der von Dr. Lange alsbald ausgeführten Operation wurde alles Krankhafte entfernt, die Verkleinerung und der allmählige Schluss der ziemlich grossen Wundhöhle ging ohne Störung von Statten und war in den letzten Wochen des Monats Juni beendet. Im Grunde der stark eingezogenen Hautnarbe blieb eine sehr enge, etwa 1½ Zoll lange Fistel bestehen, die von Zeit zu Zeit etwas dünnen Eiter absonderte.

Am 30. September 1895 sah ich Pat. wieder, der vom Lande zurückgekehrt recht gut aussah und nicht zu klagen hatte. Am 8. März 1896 Grund der Narbe und unmittelbare Nachbarschaft leicht geschwollen und empfindlich, ganz wenig Ausfluss aus der Fistel, die Sonde dringt nicht tiefer ein als früher, im Secret sind keine Pilze nachzuweisen. Pat. bleibt eine Woche zu Hause, nimmt Jodkalium 1,0 f. i. d. bis zum 7. April, alle Reizungserscheinungen sind und bleiben verschwunden.

4. December 1896 keine Zeichen von Syphilis oder Actinomycosis. In statu quo am 6. Februar 1896, das letzte Mal, dass ich Pat. gesehen. Im Juni soll er blutig-schleimigen Auswurf gehabt haben, am 5. Juli 1897 bekam er Pneumonie und starb am 10. Juli. Eine Autopsie wurde nicht vorgenommen. Ob die finale Lungenerkrankung mycotischen Ursprungs gewesen, lässt sich nur vermuthen, immerhin darf man es für wahrscheinlich

halten. Eine Anzahl der mitgetheilten tödtlich verlaufenen Fälle weisen so ziemlich dieselbe Zeitdauer auf, 20—24 Monate.

Ueber den therapeutischen Werth der Eisensomatose.

Von Dr. L. A. Ewald.

Seit der Veröffentlichung meiner ersten Versuche mit Eisensomatose im Jahre 1899 habe ich das Präparat theils selbst weiter versucht, theils versuchen lassen, und es lohnt sich wohl, noch einmal ein Resumé zu ziehen über den therapeutischen Werth der Ferrosomatose und besonders auf deren Wirksamkeit bei verschiedenen Erkrankungen genauer einzugehen. Wie ich damals schon ausführte, lässt uns bei der Anwendung des Eisens sehr häufig der Erfolg im Stiche, trotz der buntesten Mannigfaltigkeit der alten und neuen Eisenpräparate; das grosse Bestreben der Neuzeit, das Eisen in einer dem Organismus leicht zugänglichen Form, in organischer Verbindung, darzureichen, konnte nur mangelhaft oder gar nicht erreicht werden, indem selbst die besten bis jetzt im Gebrauch gewesenen sogenannten organischen Eisenpräparate, wie z. B. Ferratin u. s. w. sich im Magen durch die dort anwesende Salzsäure in anorganische Eisenverbindungen verwandeln. Die vielversprechende Zusammenstellung von Eisen und Somatose veranlasste mich daher, anlehnend an die Versuche von Roos u. A. die Eisensomatose bei Chlorose anzuwenden, und das Resultat meiner Untersuchung war dermaassen günstig, dass eine allgemeinere Verwendung des Präparates als gerathen erschien. Zwar bedarf es keiner weiteren Erörterung, dass Somatose für sich allein ein vorzüglich kräftigendes Nährmittel bei den verschiedensten Erschöpfungszuständen des Organismus ist (Hildebrandt, Drews, v. Noorden), enthält es doch 80 Procent Albumose und 13 Procent Stickstoff, aber der eclatante Erfolg bei unseren Fällen von Chlorose konnte doch nicht ganz allein der günstigen Wirkung der Somatose zugeschrieben werden, vielmehr muss das Eisen als der hauptsächliche Heilfactor betrachtet werden; dass bei der Verabreichung von Ferro-Somatose Eisen im Darmcanale resorbirt wird, wurde durch die schönen Versuche Nathan's hinreichend nachgewiesen; Nathan hat Mäuse mit Ferro-Somatose gefüttert und dann nachgewiesen, dass Eisen sowohl

im Darme, wie in der Leber deutlich und in Masse zu finden war.

Die sehr eingehenden Untersuchungen des Präparates in chemischer und pharmacologischer Richtung, die von Dr. G e i s e in ausführlichster Weise niedergelegt wurden, hat im Vergleiche mit den heutzutage verwendeten Präparaten ergeben, dass die Eisensomatose die festeste Eisen-Eiweissverbindung ist, die bisher dargestellt wurde; hierdurch zeigt sie bedeutend verminderte Giftwirkung bei sicher nachgewiesener Resorption, sie hebt den Blutdruck, steigert die Thätigkeit des Froschherzens am W i l l i a m'schen Apparate in jeder Hinsicht, lähmt nicht wie das alkalische Eisentartarat die Blutgefässe und zeigt, selbst in massiven Dosen verfüttert, keine styptischen Eigenschaften. Diesen in theoretischer Hinsicht sehr günstig zu nehmenden Eigenschaften entsprechend war übereinstimmend mit den Mittheilungen von R o o s, E i c h e n g r ü n u. A. das Resultat meiner ersten Versuchsreihe bei Chlorose sehr gut; das Körpergewicht und der Haemoglobingehalt bei Chlorotischen ging rasch in die Höhe, der Appetit und das Allgemeinbefinden wurden besser, der Kräftezustand der Patientinnen machte raschen Fortschritt.

Nachdem die Eisensomatose bei Chlorose so Vorzügliches geleistet hatte, wandte ich das Präparat auch in anderen Fällen an, worüber ich kurz berichten will. An 3 Fällen, wo nach eingreifenden Operationen ein erheblicher Blutverlust stattgefunden hatte, wurde Ferro-Somatose verabreicht; das Präparat wurde leicht vertragen und die Anaemie ging viel rascher, als dies gewöhnlich der Fall ist, zurück; wenn auch die Blutneubildung nach grossen Blutverlusten eine relativ rasche ist, so war doch eine erhebliche Beschleunigung in dieser Richtung durch Ferro-Somatose wahrnehmbar. Dieselbe Beobachtung machte ich in 2 Fällen, wo die eine Patientin infolge einer Placenta praevia, die andere durch atonische Nachblutung schwer mitgenommen war; der Kräftezustand besserte sich viel rascher als gewöhnlich.

Ausserdem liess ich Ferro-Somatose bei starker Anaemie während der Schwangerschaft geben; trotzdem die Dosis viel geringer war, als die, welche gewöhnlich verabreicht wird, war der Effect doch ein deutlich sichtbarer; die Patientinnen verloren das schlappe und müde Gefühl und bekamen mehr Farbe und besseren Appetit; in einem Falle, in dem die Patientin

durch Hyperemesis gravidarum sehr heruntergekommen war, that Ferro-Somatose sehr gute Dienste.

Die von verschiedenen Autoren mitgetheilte Erfahrung, dass Somatose einen günstigen Einfluss auf die Milchsecretion bei stillenden Frauen habe, veranlasste mich, Ferro-Somatose in Fällen anzuwenden, in denen neben der trägen Function der Brustdrüse leichte Anaemie bestand. Von den verschiedenen Versuchen will ich einige genauer anführen:

Fall 1. Mrs. M., 24 Jahre, I. p., stillt anfangs in zufriedenstellender Weise, muss aber im Laufe von 4 Wochen 40—60 gr Kuhmilch zugeben. Patientin ist leicht anaemisch, die Brüste sind mittelstark entwickelt, auf Druck entleert sich Milch in Menge; Uterus in normaler Stellung, Lochien kaum noch wahrnehmbar. Patientin hat den absoluten Wunsch, ihr Kind zu stillen, und ist sehr unglücklich, die Säugeaufgabe nicht ganz erfüllen zu können. Pat. bekommt Ferro-Somatose, zu gleicher Zeit wird ihr angerathen, täglich ein Halbbad in lauwarmem Wasser für 12—15 Minuten zu nehmen, da bekanntlich hierdurch ein starker Afflus nach den Brüsten erzeugt wird. Schon nach einer Woche wurde das Kind an der Brust ausschliesslich genährt und wies nach 2 Wochen eine Zunahme von 670 gr auf; das Befinden der Frau war besser, die Turgescenz der Brust hatte zugenommen.

Fall 2. Mrs. E., 22 Jahre alt. Brüste gut entwickelt. Geburt verlief ohne Kunsthülfe; stillt mit sehr gutem Erfolge 2 Wochen, dann auffallendes Nachlassen der Milchsecretion; Uterus normal, Lochien sehr mässig; Patientin leicht anämisch, leichte Anorexie. Es wird der Patientin Ferro-Somatose verabreicht und nach weiteren 8 Tagen werden kurz dauernde Sitzbäder verordnet. Nach 14 Tagen war die Milchsecretion sehr zufriedenstellend, so dass dem Kinde die Brust voll genügte; auch das Allgemeinbefinden der Patientin war besser geworden.

In derselben Weise brachte ich Ferro-Somatose zur Anwendung bei einigen Fällen von Anaemia post lactationem mit Hyperinvolutia uteri; die Appetitlosigkeit, Schmerzen im Rücken, sowie jene complete Defatigatio gingen weit rascher zurück, als ich es mit anderen Präparaten sah.

Merkwürdig bei der Verabreichung des Präparates ist, wie leicht es vom Magen vertragen wird; keine meiner Patientinnen klagte über irgend welche Beschwerden, auch wurde das Präparat leicht und gut vertragen bei ausgesprochenem Darmcatarrh; diese Beobachtung wurde ferner noch bestätigt durch die Versuche, die ich durch meinen Hausarzt im N. Y. Mother's Home machen liess.

1. Fall. Siebenundzwanzig Jahre alte Dame leidet seit 5 Jahren an Magenbeschwerden; vor 6 Monaten wurde wegen Retroflexio uteri die Vaginofixur an der Patientin ausgeführt; die Erscheinungen, die in Druck in der Magengegend, zeitweiligem Erbrechen, leichten Krämpfen und steigender Abnahme des Appetits bestanden, waren nach der Operation etwas besser geworden, stellten sich jedoch vor 2 Monaten wieder in noch stärkerer Heftigkeit ein, so dass Pat. sich veranlasst sah, die Hülfe des Hospitals wieder aufzusuchen. Nach genauer objectiver Untersuchung der Patientin wurde die Diagnose auf Dyspepsia nervosa gestellt und die entsprechende Behandlung eingeleitet. Neben der vorgeschriebenen Diät und Bettruhe wurde täglich Ferro-Somatose (3 mal 1 Kaffeelöffel voll) verabreicht. Nach 5 Wochen waren Brechreiz und Magenkrampf vollständig geschwunden. Patientin fühlte sich vollständig wohl; der Haemoglobingehalt des Blutes war von 65 auf über 90 gestiegen und die Patientin hatte um 18 Pfund zugenommen.

2. Fall. Mädchen, 21 Jahre alt, das vor 3 Jahren eine schwere Malaria durchgemacht hatte, klagte seit einem Jahre über heftiges Drücken im Magen mit gleichzeitiger Appetitlosigkeit, zur selben Zeit sollen die Menses, die seit Beginn mit dem 16. Lebensjahre stets regelmässig waren, cessirt haben. Bei der Untersuchung ergab sich eine starke Blässe sämmtlicher Schleimhäute, anaemische Geräusche über dem Herzen, Lungen normal, Milz vergrössert, der Uterus erwies sich bei der Betastung klein in Anteflexionstellung, sonst nichts Abnormes. Der Urin enthält weder Eiweiss noch Zucker. Haemoglobingehalt ist 60 Procent. Körpergewicht der Patientin 120 Pfund. Patientin bekommt neben geeigneter Diät 3 Kaffeelöffel Ferro-Somatose täglich; während sie, wie sie angiebt, vorher beinahe keine Medicin und besonders kein Eisen vertragen konnte, verursachte ihr dieses Präparat absolut keine Beschwerden; nach 14 Tagen war eine merkliche Minderung der vorher geschilderten Symptome eingetreten, Patientin fühlte sich bedeutend kräftiger, das Drücken im Magen war verschwunden und der Appetit war gesteigert. Achtzehn Tage nach Beginn der Behandlung traten die Menses wieder ein, Schwindel und Kopfweh war geschwunden. Nach der 5. Woche war der Haemoglobingehalt auf 90 Procent gestiegen und das Körpergewicht der Patientin hatte um 14 Pfund zugenommen; sie war vollständig beschwerdefrei, die anaemischen Geräusche über dem Herzen waren geschwunden. Patientin wurde als vollständig geheilt entlassen.

Bei allen Patientinnen (ich verwandte die Eisensomatose in ungefähr 50 Fällen) konnten nach Verabreichung des Präparates nicht die geringsten Beschwerden von Seiten des Magens beobachtet werden, es wurde in allen Fällen selbst von

dem empfindlichsten Magen mit Leichtigkeit vertragen und dabei gerne genommen, da es beinahe vollständig geruch- und geschmacklos ist und die Zähne nicht schwärzt. In allen jenen Fällen, wo der Haemoglobingehalt oder das Blut selbst durch innere oder äussere Ursachen schwer gelitten hatten, kann Ferro-Somatose als ein verlässiges Präparat verwendet werden, vor Allem ist es aber als ideales Mittel in Fällen zu empfehlen, in denen durch Störung im Intestinaltractus, des Magens allein oder des gesammten Canales, die Resorption des für den Unterhalt des Organismus nöthigen Materials danieder liegt; es ist leicht resorbirbar, repräsentirt grossen Nährwerth und, wie die Erfahrung lehrt, wird das Eisen in dieser Combination selbst für sehr lange Zeit gut vertragen.

Zum Schlusse dürfte es noch nöthig sein, zu bemerken, in welcher Weise wir Ferro-Somatose zur Verwendung brachten. Erwachsenen wurden 3—4 abgestrichene Kaffeelöffel voll pro Tag gereicht, Kinder erhalten die Hälfte; sie löst sich leicht, indem man sie mit etwas kaltem Wasser anrührt und je nach Bedarf warmes Wasser zusetzt; wir liessen die ganze Tagesdosis Morgens zubereiten und in den bestimmten Portionen den verschiedenen Flüssigkeiten, wie Suppe, Bouillon, Milch, Bier oder Wein (nicht Kaffee, Thee oder Rothwein) zusetzen; man muss darauf achten, dass das Präparat vollständig gelöst ist. Bei richtiger Dispensirung verursacht Ferro-Somatose nie Verdauungsstörung; die leicht diarrhoische Wirkung, die von manchen Autoren berichtet wird, ist sicher einer zu grossen Dosirung oder der Verabreichung einer zu grossen Einzeldosis zuzuschreiben; wir haben nie etwas Derartiges beobachtet.

Referate und Kritiken.

Die letzten Neuerungen auf dem Roentgen-Gebiete, unter besonderer Berücksichtigung der Roentgen-Photographie. III. Bericht von Dr. B. Schuermayer (Hannover). Verlag von Seitz und Schauer. München 1901.

Das vorliegende überaus zeitgemässe Büchlein zerfällt in vier Theile, von denen der erste über „Theoretisches", der zweite über „Allgemeine instrumentelle Technik", der dritte über „Allgemeine photographische Technik" und der vierte über „Specielle Technik der Röntgen-Photographie" handelt.

Der erste Theil ist vom physicalischen Standpunkt aus von grossem Interesse. Die anderen Capitel beanspruchen jedoch

auch das Interesse des Mediciners sowohl als des Chirurgen in hohem Grade. Die deutsche Röntgen-Photographie steht augenblicklich im Zeichen des electrolytischen Unterbrechers nach Wehnelt, welcher von Schuermayer ebenfalls als das Sine qua non eines guten Röntgenbildes angesehen wird. Von den Röntgenröhren werden namentlich die Mueller'schen (Hamburg) warm empfohlen. Unter den vielen brauchbaren Platten stehen die Schleussner'schen oben an. Für die Entwicklung der exponirten Platten wird nach Albers-Schönberg die Standentwicklung mit Glycin bevorzugt.

Ein Röntgenbild wird hergestellt:

1) Um überhaupt eine Diagnose zu ermöglichen, wo die Durchleuchtung nicht ausreicht.

2) Um einen mittelst Durchleuchtung festgestellten Befund dauernd zu fixiren.

3) Um aus zwei entsprechend verwendeten Aufnahmen die topographische Lage, d. h. den Ort, wo ein Fremdkörper liegt, festzustellen.

Für alle Bilder muss ein Nachtheil zugestanden werden: sie geben uns nur einen Moment wieder; oft ist es möglich aus mehreren Aufnahmen, von verschiedenen Seiten aufgenommen, sich völlige Klarheit zu verschaffen; oft ist aus gewissen Gründen nur eine Aufnahme möglich und sie drängt dann alles in eine Ebene, was hintereinander liegt. Da von der Platte entferntere Objecte alsdann grössere Schatten werfen als die näher gelegenen, fällt es schwer, ein Bild richtig zu deuten. Hier kann die Durchleuchtung, sofern dieselbe möglich ist, allein Auskunft geben, an welcher Stelle etwa das gesuchte Object liegt.

Sehr schwer fällt es mitunter, einem zweiten Collegen am Röntgenbilde allein die Verhältnisse klar zu machen; auf keinen Fall sollte man, wo immer dies möglich, ein Bild ohne vorausgegangene persönliche Aussprache aus der Hand geben. Stets aber sind die übrigen Hilfsmittel der Diagnose anzuwenden und zu verwenden; denn die Röntgenphotographie ist nur ein weiteres diagnostisches Mittel neben den anderen, dazu dienend, irgend welche dunkle Punkte aufzuklären.

Sehr sarkastisch erzählt Schuermayer: „Je nach Sachlage kommt dem Röntgenbilde eine erhöhte oder auch eine weniger grosse Bedeutung, oft gar keine Bedeutung zu. Leider allerdings ist die Specialisirung der Wissenszweige (oder auch anders gesagt, der Indifferentismus mancher Collegen gegenüber neuen Hilfsmitteln) ein Hemmniss für die Verständigung. Ist es mir doch in grossstädtischer Praxis schon vorgekommen, dass Aerzte die von Angehörigen der Patienten gewünschte Diascopie rundweg ablehnten, mit dem Bemerken: das ging früher auch ohne Röntgenstrahlen."

Andererseits trifft man auf die unglaublichsten Ansichten; so sprach ein vielbeschäftigter „Salonarzt" einem klaren Bilde

eines Thorax bezw. einer Erkrankung der Pleura, im Schatten scharf ausgeprägt, jede Bedeutung ab und redete den Angehörigen des Patienten vor, so etwas könne man überhaupt nicht photographiren. Dies nur deshalb, weil der hinzugezogene „Specialist" das Ganze für Spondylitis erklärt hatte und beide Helfer der Menschheit jede Diascopie für völlig überflüssig gehalten hatten, weil sie sich von vornherein völlig „klar" waren, obwohl dem Specialisten ein Anstaltsapparat zur Verfügung steht. Ja, die Operation der Spondylitis war bereits angesetzt; endlich gelang es nach Hinzuziehung eines vierten Collegen, der als innerer Kliniker auf dem Wege der üblichen Untersuchung sich mit den Röntgenbildern in Einklang zu bringen suchte, den Patienten vor dem Messer zu retten. Der geängstigte Vater suchte eine erste Autorität in Berlin auf; die hier sofort als erste Vorbedingung abermals vorgenommene Röntgen-Aufnahme ergab dasselbe, keine „Spondylitis". Es war also hier, wie in vielen Fällen, einzig und allein das Röntgenbild, das die Differentialdiagnose, entgegen allen Widerspruches, ermöglichte."

Um Irrthümer zu vermeiden, muss man sich alle Einzelheiten der topographischen Anatomie und pathologischen Anatomie im Einzelfalle vor Augen führen. So sind z. B. pulsirende, halbkugelige Vorsprünge oberhalb des Herzens nicht immer Aneurysmen. Nach Holzknecht sitzt bei querer Durchleuchtung ein Aortenaneurysma dem Herzen halsartig als ein keulenförmiges Band auf, welches allseitig oder mehrseitig pulsirt. Der Kopftheil zeigt gerade nach oben, oder mehr oder minder nach links (Lungenraum) oder rechts (Wirbelschatten).

Nach Determann lassen sich eine Reihe von Veränderungen der Gestalt und Lage, wie des normalen Rhythmus des Herzens, theils bildlich, theils mittelst Fluoroscops erkennen.

Die Arbeiten von Williams in Boston, welcher mit Recht betont, dass die Röntgenuntersuchung gerade bei beginnender Tuberculose sehr viel leistet, werden eingehend gewürdigt. Für die Bestimmung der Magengrenzen wird die amerikanische Literatur gänzlich ignorirt. Einbringung von Bismuthum subnitricum wird zwecks der Fixirung der Magengrenzen empfohlen.

Der Einhorn'schen Gastrodiaphanie wird übrigens, und mit Recht, rühmend Erwähnung gethan.

Die Darstellung von Gallensteinen, wie sie Beck-New York zuerst gelungen ist, wird ebenfalls eingehend gewürdigt. Ferner hat sich die Technik der Photographie von Nieren- und Blasensteinen so vervollkommt, dass man sich auf ein negatives, sowohl wie auf ein positives Bild gänzlich verlassen kann.

Die von Wagner angegebene Technik der Röntgenaufnahme bei Nierensteinverdacht ist folgende: Inductorium von

30 cm Funkenlänge. Motorunterbrecher, sehr weiche Röhre von Mueller-Hamburg, Röhrendistanz wenigstens 50 cm von der Platte. Pat. liegt auf einem Sofa in Rückenlage, die Röhre wird senkrecht über die Nierengegend eingestellt, jede Seite mindestens zweimal photographirt. Expositionszeit 5—7 Minuten. Platten — Schleussner. Entwickler — Methol.

Multum in parvo, kann man von dieser Monographie mit Recht sagen, und seine Lectüre sei allen Freunden der grossen Entdeckung Röntgen's dringend empfohlen.

Carl Beck.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Centralblatt für innere Medicin

1) A. Jaenicke: *Zur Behandlung des Pruritus senilis.*

Verf. ist in der Lage, ein sehr einfaches Mittel anzugeben, welches zwar auch nicht Heilung, aber doch oft monatelang Besserung, ja sogar in den Augen der Kranken totale Beseitigung des Leidens bewirken kann. Das Mittel besteht darin, dass die obersten Schichten der erkrankten Haut durch vorsichtiges Bürsten mit einer ganz weichen Bürste entfernt werden. Bei den Patienten werden durch dieses Verfahren gewöhnlich zwei getrennte Empfindungen hervorgerufen. Während die Bearbeitung der Haut mit einer scharfen Bürste, oft bis zur Verletzung der Haut, von den Kranken als wohlthuend empfunden wird, so vermehrt die von J. angegebene Behandlungsweise mit einer weichen Bürste während ihrer Ausführung bsonders in den ersten Tagen den Juckreiz; bald nach dem Aufhören des Bürstens dagegen zeigt sich Erleichterung. Man kann dieselbe bedeutend vergrössern, wenn man in den ersten 2—3 Tagen unmittelbar nach dem Bürsten die Haut mit Alcohol bestreicht und diesen verdunsten lässt. Je nach dem Erfolge, den das Bürsten auf die Entfernung der Schuppen hat, muss man hiermit jedoch am 3., 4. oder 5. Tage aufhören, will man dem Kranken durch den Alcohol nicht unangenehme Sensationen, ja sogar Schmerzen verursachen. Von diesem Zeitpunkt an zeigt sich die Nachbehandlung der Haut mit fettigen Substanzen, am besten mit reinem Schweinefett resp. Lanolin als sehr günstig, während Vaselin weniger gut wirkt. Es kommt dabei weniger auf die Menge, als auf das Einstreichen des Fettes in die Haut an, so dass es sich empfiehlt, um den Kranken nicht zu lange damit zu quälen, von diesem Zeitpunkt an von einer Behandlung des ganzen Körpers in einer Sitzung abzusehen. Von den durch Verf. auf diese Weise behandelten Fällen werden drei in Kürze mitgetheilt. Die erzielten Resultate waren sehr günstige. Gewöhnlich

noch 4—5 Tage war eine Abnahme der durch das Bürsten entfernten Massen kaum nachweisbar; erst nach dieser Zeit verminderten sich dieselben und Verf. liess in Folge dessen die Procedur, welche zuerst 3 mal am Tage 10—20 Minuten angewandt wurde, auf 2 resp. 1 mal am Tage reduciren; später wurden 1 resp. 2 Tage Pause gemacht, oder das Bürsten abwechselnd am oberen oder unteren Körper vorgenommen. Ueber diese Zeit hinaus durfte man nicht pausiren, wollte man nicht wieder eine Verschlimmerung der auf ein Minimum verringerten, oft auch gänzlich beseitigten Beschwerden herbeiführen. Liess man den Kranken zwischendurch baden, so war am Tage nach dem Bade der Erfolg des Bürstens gleich Null und die Haut musste erst wieder gewissermaassen austrocknen, um den alten Erfolg zu erzielen. (1900 No. 48.)

2) A. Hirsch: *Zur Kenntniss der Wirkung des Morphins auf den Magen.*

Verf. stellte eine Reihe von Experimentaluntersuchungen mit Morphin beim Hunde an und kommt beim Uebertragen der auf diese Weise gewonnenen Ergebnisse auf den Menschen zu dem Resultate, dass die beim Menschen üblichen Morphindosen auf die Magenverdauung in der Weise einwirken, dass 1. die Entleerung des Magens erheblich verzögert wird, 2. die HCl-Secretion im Beginne der Morphinwirkung eine Abschwächung, im späteren Verlaufe eine abnorme Steigerung erfährt. 3. Diese Beeinflussung nimmt mit steigender Dosis progressiv zu. 4. Bei derselben Dosis ruft die Subcutaninjection die genannten Störungen der Magenverdauung stärker hervor als die Verabreichung des Morphins per os. 5. Bei Verabreichung per os bedingt die gleichzeitig verabfolgte Nahrung entsprechend der langsamen oder raschen Resorption ein schwächeres resp. stärkeres Auftreten der geschilderten Morphinwirkung. (1901 No. 2.)

3) K. Gregor: *Ueber die Verwendung des Leims in der Säuglingsernährung.*

Zu seinen Versuchen benutzte Verf. Gelatinelösung, weil es darauf ankam, die Wirkung anderer Stoffe auf den erkrankten Darmtractus nach Möglichkeit auszuschalten. Die zweiprocentige Gelatinelösung erhielt einen Zusatz von 0,03 Saccharin pro 200 ccm und wurde in dieser Form in allen Fällen anstandslos mehrere Tage lang von den Säuglingen aufgenommen. Verf. verabfolgte dieselbe in der Weise, wie man sonst bei Wasserdiät verfährt, in 3—4stündlichen Pausen als ausschliessliche Nahrung ohne sonstigen Zusatz. Die klinischen Erscheinungen, welche im Gefolge dieser therapeutischen Maassnahme beobachtet wurden, zeigten in allen Fällen ein übereinstimmendes Verhalten; zunächst trat eine Besserung der klinischen Symptome ein: Absinken des Fiebers, das Er-

brechen hörte auf, die Kinder wurden ruhiger, die Zahl der Stühle war nicht grösser als bei Wasserdiät unter analogen Verhältnissen. Am 3. oder 4. Tage setzte G. der Leimlösung kleine Milchmengen (für ein Kind von 3000 g pro Mahlzeit 20 g Kuhmilch) zu. In dieser Zeit, wo man sonst nach erfolgter Leerstellung des Darmes wieder das Auftreten von normal geformten Stühlen erwartet, setzten in diesen Fällen äusserst heftige Diarrhöen ein, die besonders dadurch characterisirt waren, dass unter starkem Pressen fast ununterbrochen Schleim mit blutigen Streifen gemengt und gelbgrünliches wässeriges Secret spritzend oder tropfenweise entleert wurde. Die Zahl der Stühle, die vorher bei ausschliesslicher Gelatine-Wasserdiät 3 bis 4 pro die betrug, liess sich schliesslich nicht mehr feststellen. Gleichzeitig traten hohe Fiebersteigerungen auf, ohne dass in dem Befinden der Kinder sonst eine objective Veränderung festgestellt werden konnte. Die Diarrhoe sistirte nach Aussetzen der Nahrung und Anwendung von Darmirrigationen. Bei Wiederaufnahme der Ernährung ohne Leim traten keine neuen Durchfälle mehr auf. Das Körpergewicht der Kinder nahm in der Periode der Gelatine-Diät nicht ab, sondern zeigte eine geringe Zunahme. In dieser Beziehung entsprach also die therapeutische Verwendung des Leims den gehegten Erwartungen. (1901 No. 3.)

4) Géza Kövesi: *Ueber den Eiweissumsatz im Greisenalter.*

Die von Verf. in dieser Beziehung vorgenommenen Stoffwechselversuche haben folgende Resultate ergeben: 1. Das Kalorienbedürfniss des Organismus ist im Senium bedeutend herabgesetzt. 2. Der Schwellenwerth des Kalorienbedarfs ist ein noch niedriger als in den Versuchen v. Limbeck's, nämlich 20 Kalorien pro Tag und Kilogramm. 3. Die Ausnutzung der Eiweissstoffe im Darme erfolgt in normaler Weise. 4. Bei geringer Eiweisszufuhr konnte man auch Eiweissansatz erzielen, da der Eiweissbedarf im Greisenalter erheblich vermindert ist. 5. Die Grenzen der Grösse des Eiweissabbaues erleiden im Senium bedeutende Einschränkung.

All' diese Veränderungen des senilen Stoffwechsels, vorzugsweise des Eiweissumsatzes, sind quantitativer Natur und sichern der senilen Involution eine Sonderstellung in der Lehre der Kachexie. Die verschiedenen atrophischen Zustände, wie z. B. bei Krebs, Diabetes, Tuberculose, gehen mit der Einschmelzung des Körpereiweisses einher und weisen qualitative Veränderungen des Stoffwechsels auf. Dagegen findet man bei der senilen Atrophie verminderten Eiweissverbrauch. Dieser Umstand weist darauf hin, dass die Ursache der Involutionskachexie in der gestörten Zellfunction zu suchen sei; einestheils vermindert sich das Eiweissbedrüfniss des activen Zellmaterials, und somit erleidet der chemische Abbau der Eiweisskörper bedeutende quantitative Einschränkung, wodurch re-

generative Erneuerung der abgestorbenen Zellelemente verhindert, bezw. der intracelluläre Stoffwechsel verlangsamt wird, andererseits in Folge dieser Veränderungen des Zelllebens sinkt auch das Bedürfniss der Zelle an Brennwerthen. Es ist ersichtlich, dass die Anomalien des senilen Stoffwechsels sozusagen als der Ausdruck des veränderten Zelllebens zu betrachten seien, und somit muss denselben in der Erklärungsweise der senilen Involution ein hervorragender Platz eingeräumt werden. (1901 No. 5.)

5) F. Pröscher: *Ueber den Nachweis von Bilirubin im Harne mittels der Ehrlich'schen Diazoreaktion.*

Durch zahlreiche Versuche hat P. folgende Methode gefunden, mit Hülfe derer die Reaction in jedem icterischen Urin erhalten werden kann. Man sättigt 10 ccm Harn mit Ammonsulfat, filtrirt den farbigen Niederschlag auf ein kleines Faltenfilter ab und zieht dasselbe noch feucht mit 96procentigem Alcohol aus. Der alcoholische Auszug wird mit Salzsäure stark angesäuert und mit der Diazolösung versetzt. Ist Bilirubin vorhanden, so wird die Flüssigkeit schön blau und zeigt bei Zusatz von Kalilauge das bekannte Farbenspiel. Auch zum Nachweise von Bilirubin im Serum ist die Diazoreaction verwerthbar. Man fällt das Serumeiweiss mit Alcohol aus, filtrirt und fügt zu dem sauer gemachten Filtrate Diazolösung zu. Ist Bilirubin vorhanden, so tritt die Reaction sehr deutlich auf. (1901 No. 7.)

Centralblatt für Chirurgie

1) H. Alapy: *Ueber die Einpflanzung eines Hautlappens nach Thiersch zur Heilung schwerer Stenosen des Kehlkopfes und der Luftröhre.*

Verf. beschreibt einen Fall von schwerer Narbenstenose des Kehlkopfes, der durch Laryngo-Tracheofission, Excision des gesammten das Lumen auffüllenden Narbengewebes und Ueberpflanzung eines Hautlappens nach Thiersch zur Deckung des entstandenen Schleimhautdefectes geheilt wurde. Es handelte sich um einen 4jährigen Knaben, der am 27. September 1897 wegen Diphtherie in das Hospital aufgenommen wurde. Am 8. October Tracheotomie, am 27. December Laryngofission, am 14. Juli 1898 Laryngo-Tracheofission und Ueberpflanzung des Hautlappens nach Thiersch. Am 10. Tage nach der Operation konnte das Kind zum ersten Male bei verstopfter Trachealfistel ohne Canüle eine Stunde lang athmen. Bis zum 11. Februar 1899 war die Heilung bereits so weit vorgeschritten, dass der Knabe täglich nur mehr eine Stunde lang intubirt wurde, sonst den ganzen Tag über, bei mit Pflaster zugeklebter Trachealfistel, per vias naturales unbehindert athmen konnte. Nachdem endlich in den ersten

Tagen des Monates Mai auch die Trachealfistel vernarbt war, konnte der Knabe als vollkommen geheilt aus dem Hospital entlassen werden. Zu dieser Zeit war der Knabe noch beinahe aphonisch; als er sich aber im Sommer 1900 wieder vorstellte, hatte er bereits eine wohl etwas rauhe, jedoch kräftige, auch auf grössere Entfernung gut hörbare Stimme. Es zeigte sich bei der jetzt vorgenommenen laryngoscopischen Untersuchung, dass die Stimme durch die Vibration der falschen Stimmbänder gebildet wurde. (1900 No. 52.)

2) H. Maag: *Ein Versuch der Wiederbelebung (ad modum Prus) eines in Chloroformnarkose gestorbenen Mannes.*

Prus hat mit 100 Hunden experimentirt, die er durch Chloroformirung, Electricität oder Erwürgung tödtete, und welche er dann durch Lufteinblasen in die Lungen durch eine Trachealcanüle und durch directe rhythmische Compressionen des blossgelegten Herzens wieder zu beleben versuchte. Die Versuche mit Chloroform wurden an 21 Hunden ausgeführt, und von diesen gelang es Prus, 16 auf die erwähnte Weise zu beleben.

M. hat nun Gelegenheit gehabt, die Methode von Prus an einem Manne, der unter Chloroformnarcose starb, zu versuchen. Es handelte sich um einen 27jährigen Arbeiter, der Morgens 8 Uhr behufs vorzunehmender Nervendehnung narcotisirt wurde. Als er im Ganzen 15 g Chloroform bekommen hatte, wurde er plötzlich asphyctisch. Nach den gewöhnlichen Wiederbelebungsversuchen ist er bald wieder vollständig restituirt, und die Operation wird, ohne dass weiter Chloroform gegeben wird, fortgesetzt und im Laufe einiger Minuten vollendet. Pat. wird nun abermals asphyctisch. Man wiederholt die Wiederbelebungsversuche (Hervorziehen und Tractionen der Zunge, künstliche Respiration, Klopfen des Praecordium u. s. w.) energisch, aber ohne Resultat; nach Verlauf von 10—15 Minuten führt M. die Tracheotomie aus und bläst durch die Canüle Luft ein, aber Alles vergeblich. Pat. ist pulslos, ohne Respiration, kühl und cyanotisch. M. entschliesst sich nun zu dem Versuche der directen Herzcompression. Es wird das Herz blosgelegt und das Herz sammt Pericardium erfasst; es finden keine Herzcontractionen statt. Nach wenigen rhythmischen Compressionen des Herzens fängt dieses an zu arbeiten, erst ganz schwach, dann stärker und stärker. Es wird mit Herzcompressionen und Lufteinblasen fortgefahren. Nach Verlauf ca. einer halben Stunde kommt die erste schnappende Respiration, welche tiefer und tiefer wird. Um 11 Uhr konnte Pat. selbstständig ohne Hülfe 10 mal nach einander athmen; um 11½ Uhr fängt er plötzlich an, tief und regelmässig Luft zu schöpfen ohne Mithülfe des Einblasens. Das Herz schlägt kräftig, ca. 70 mal in der Minute; nur ab und zu werden einige Compressionen gemacht, um dasselbe zu stimuliren. Mit die-

sem Zeitpunkte fangen die Arterien in der Resectionswunde an zu spritzen, so dass dieselben ligirt werden müssen; auch die Trachealwunde blutet. Die Pupillen sind contrahirt, die Gesichtsfarbe ist schon lange natürlich, und Pat. klemmt die Kiefer so stark zusammen, dass es fast unmöglich ist, ihm den Mund zu öffnen. Es sah aus, als sei alle Gefahr vorüber, nur war das Bewusstsein des Kranken nicht zurückgekehrt, und er reagirte nicht bei der Wundbehandlung. Etwa um 12 Uhr fing das Athmen an schwächer zu werden und hörte im Laufe einiger Minuten ganz auf. Es wurde abermals mit dem Lufteinblasen begonnen, aber dieses Mal leider ohne Resultat. Es wurde die gewöhnliche künstliche Respiration vorgenommen, Faradisation des N. phrenicus, Injection von Campheröl, Salzwasserinfusion etc. Unterdessen schlug das Herz voll und kräftig bis Abends 8 Uhr, als es plötzlich stille stand. Erst dann wurde mit dem Lufteinblasen innegehalten. In allen diesen Stunden sah Pat. wie ein Schlafender aus, die Gesichtsfarbe war roth und die Pupillen contrahirt; in demselben Moment dagegen, als die Herzcontractionen aufhörten, glich er einem Todten.

M. glaubt, dass P r u s uns den richtigen Weg gezeigt hat, wenn er den Versuch der Wiederbelebung von Chloroformtodten mit Lufteinblasen und directen Herzcompressionen empfiehlt. Es ist keinem Zweifel unterworfen, dass der Pat. wirklich wiederbelebt war, und dass nur zufällige, unglückliche Umstände bewirkten, dass die Wiederbelebung nicht von Dauer war. Aus der Betrachtung des Falles geht ferner noch hervor, dass man eine Tamponcanüle zum Lufteinblasen benutzen muss, um das Eindringen von Luft in Magen und Darmcanal zu verhindern. Durch dieses Lufteindringen wird das Zwerchfell nach oben gewölbt und kann so nicht an der Respiration theilnehmen, was um so schlimmer ist, als P r u s beobachtet hat, dass es gerade dieser Muskel ist, welcher zuerst die Arbeit im Dienste der Respiration bei den Wiederbelebungsversuchen aufnimmt. Ferner ist darauf zu achten, dass bei der Bloslegung des Herzens die Pleura nicht verletzt wird, was leider in diesem Falle geschehen war. (1901 No. 1.)

SITZUNGSBERICHTE.

Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York.

110 West 34. Strasse.

Sitzung vom 28. September 1900.

Vorsitzender: Dr. L. Heitzmann.

Vorstellung von Patienten.

1) Dr. A. Jacobi: Fall von Scorbut bei einem Kinde. Dieses Kind wurde am 8. August ds. Jhrs. in ganz kläglicher Verfassung in das Roosevelt Hospital aufgenommen; es sah damals aus wie eine geschrumpfte Leiche und hat sich seit dieser Zeit bedeutend gebessert. Das Kind war bei seiner Aufnahme in das Hospital 13 Monate alt und war als das 7. Kind seiner Mutter geboren worden. Es wurde anfangs mit der Brust aufgezogen. Da die Brustmilch jedoch sehr mangelhaft zu sein schien, bekam das Kind bis zu seinem 11. Lebensmonate condensirte Milch, und von dieser Zeit an reine Milch. Die Mutter giebt an, dass das Kind vom 3. Monat an anfing abzumagern, es hatte jedoch mit einer einzigen Ausnahme keine Anfälle von Diarrhoe oder Erbrechen. Drei Wochen vor der Aufnahme in das Hospital waren die ersten Haemorrhagien am Abdomen aufgetreten, eine Woche vor dem Eintritt in das Hospital verfärbten sich die Mundhöhle, Zunge und Gaumen blauschwärzlich, bluteten jedoch nicht. Nach einigen Tagen zeigten sich Haemorrhagien auf der Brust und die Zahl der Blutungen am Unterleib nahm zu. Das Kind zeigte bei seiner Aufnahme an verschiedenen Stellen Decubitus, wog zu dieser Zeit 8 Pfund und 1 Unze. Es wurde dann sofort auf die passende Diät gesetzt, bekam Fruchtsaft und zwar einen Theelöffel voll anfangs alle halbe Stunde, ferner ein paar Tropfen Whisky alle paar Stunden, erhielt ferner Boraxwaschungen für seinen Decubitus, und wurde des Weiteren mit Cerealien und Fleischsaft genährt. Die Besserung war eine unmittelbare. Am 11. August wog das Kind schon 9 Pfund und 14 Unzen und die Haemorrhagien fingen an, blasser zu werden. Am 13. August wog das Kind 12 Pfund und 15 Unzen. Am 14. August wurde eine genaue Untersuchung des Urins vorgenommen. Das spec. Gewicht betrug 1013; geringe Mengen von Phosphaten, Spuren von Albumen. Die Blutuntersuchung ergab 3,744,000 Erythrocyten und 6700 Leucocyten. Hb-Gehalt 40 Procent. Zu dieser Zeit schon bekam das Kind grossen Hunger und ass sehr viel. Die Folge davon war, dass sich leichte Diarrhoen einstellten und das Kind wieder anfing, an Gewicht zu verlieren. Das Kind, das am 8. August 8 Pfund und 1 Unze, am 13. August 12 Pfund und 15 Unzen wog, wiegt jetzt nicht mehr wie 12 Pfund. Die Diarrhoen haben augenscheinlich dem Kinde geschadet, es hat seitdem nicht mehr zugenommen, gelegentlich eine Unze gewonnen, gelegentlich wieder eine Unze verloren. Die Diarrhoen haben sich erst kürz-

lich verloren, und das Kind ist seitdem bedeutend munterer geworden. Bei der Aufnahme in das Hospital hatte es eine Temperatur von 95°, die jedoch sehr bald bis zur Norm stieg. Zur Zeit, in welcher das Kind an Diarrhoe litt, traten ganz characteristische Temperatursteigerungen ein. Ich denke mir, dass für dieselben zweierlei Ursachen vorhanden waren: einmal die Unterleibsstörungen, sodann die rapide Resorption von Blut, die gerade zu dieser Zeit stattfand. Das Kind ist nebenbei bemerkt auch rachitisch. Bei allen derartigen Fällen von Scorbut haben wir an Unterernährung zu denken. Der Fall hier ist desshalb merkwürdig, weil ein so verzweifelt schlechter Fall gewöhnlich nicht wieder gut wird.

2) Dr. A. Jacobi: Fall von splenischer Anaemie. Dieses Kind ist 17 Monate alt und wurde ein Jahr lang an der Brust genährt, bekam jedoch noch andere Milch und Wasser nebenbei. Das Kind ist rachitisch und hatte einen langdauernden Anfall von Gastritis und Bronchitis durchgemacht. Das Kind hat eine sehr grosse Milz mit ausgedehnter Lappenbildung am vorderen Rande, ausserdem ist eine leichte Ptosis vorhanden. Im Zusammenhang damit stehen die Resultate der beiden am 21. und 27. ds. Monates vorgenommenen Blutuntersuchungen: 2,980,000 Erythrocyten, 9,800 Leucocyten, 30 Procent Hb., resp. 2,984,000 Erythrocyten, 9400 Leucocyten, 34 Procent Hb. Poikilocyten und Microcyten finden sich in grosser Menge, Megalocyten dagegen nur in geringer Anzahl. Es handelt sich also in diesem Falle um splenische Anaemie.

Discussion. Dr. Rudisch: Ich möchte Dr. Jacobi bitten, etwas über die Behandlung in einem derartigen Falle und die dadurch zu erzielenden Resultate zu sagen. — Dr. A. Jacobi: Ich erinnere mich im Augenblick an keinen Fall, der je wieder gut geworden ist. Betreffs der Behandlung, so kann ich nichts Neues mittheilen, wenn ich sage, dass ich mit Arsenik am Weitesten gekommen bin, und zwar mit verdünnter Lösung von Solutio Fowleri, wobei die Dosis langsam aber stetig erhöht wurde. Man kann, wenn man mit der Arsenikdarreichung langsam ansteigt, zu ganz ausserordentlich grossen Dosen kommen, die sehr gut vertragen werden.

3) Dr. Welt-Kakels: Fall von Dystrophia muscularis progressiva. Der fast 7jährige Knabe H. S. wurde vor etwa 2 Wochen mit folgender Anamnese in das Mt. Sinai Dispensary gebracht; beide Eltern leben, sind nicht blutverwandt; auch die Grosseltern sollen gesund gewesen sein. Von 8 Kindern starben 2; eines, 8 Tage alt, an Krämpfen. Ein zweites, 1½ Jahre alt, an einer Lungenerkrankung. Die anderen sind alle gesund und kräftig entwickelt. Der kleine Pat. wurde am Ende einer normalen Schwangerschaft geboren. Die Entbindung war leicht; nur während der ersten Lebensmonate wurde er an der Brust genährt. Der erste Zahn erschien am Ende des ersten Jahres, und litt Pat. während des Zahnens an häufigen Durchfällen; 18 Monate alt, machte er die ersten Gehversuche, und am Ende des zweiten Jahres lernte er sprechen. In seinem vierten Jahre machte er eine leichte Attaque von Masern durch, sonst soll er niemals krank gewesen sein; doch ist er, nach Angabe seiner Mutter, immer ein blass aussehen-

des und zartes Kind gewesen. Er lernte niemals gut laufen und springen; fiel leicht; besonders mühsam wurde ihm das Hinaufsteigen der Treppen und soll sich sein Zustand während des letzten Sommers stetig verschlimmert haben. In den letzten 2 Monaten bemerkte die Mutter, dass seine Waden dicker wurden. Pat. soll ein mässig kluges Kind sein, doch steht er an Intellect hinter seinem 1½ Jahre alten jüngeren Bruder zurück; auch ist er im Sprechen schwerfällig und langsam. In der Schule macht er mässige Fortschritte.

Status praesens: Blass aussehender und schlecht genährter Knabe von etwas rachitischem Habitus; sein Gewicht — ohne Kleider — beträgt etwas über 34 Pfund. Einige vergrösserte Lymphdrüsen unterhalb des Unterkiefers; kleine Umbilicalhernie. Organe des Thorax, sowie des Abdomens normal. Urin frei von Eiweiss und Zucker; spec. Gewicht 1018; 24stündige Harnmenge 1000 g. Es bestehen keine Sensibilitätsstörungen. Tastempfindung und Temperatursinn normal; Schmerzsinn leicht herabgesetzt; die Haut an den unteren Extremitäten ist marmorirt und fühlt sich etwas kälter an. Während die Muskeln des Stammes und die proximal gelegenen Muskeln der oberen Extremität matsch und schlaff sind, zeichnen sich an den unteren Extremitäten besonders die Muskeln der suralen Gruppe durch ein ungewöhnliches Volumen und eine auffallende Derbheit aus. Auch die Streckmuskeln der Oberschenkel nehmen an der scheinbaren Hypertrophie theil; die Glutaealmuskeln sind hingegen dünn und atrophisch. Der grösste Wadenumfang beträgt rechts 23 cm; links, 22¼ cm. Der grösste Oberschenkelumfang beträgt rechsts 27 cm; links, 26¾ cm, während der Oberarm in seinem grössten Umfange 13 cm rechts und 14 cm links misst. Die Sehnenreflexe sind an den unteren Extremitäten rechterseits abgeschwächt, links kaum vorhanden. Die electrische Erregbarkeit der Muskeln ist quantitativ herabgesetzt; keine Entartungsreaction; keine fibrillären Zuckungen. Im Gehen bietet der Knabe ein typisches Bild; der Gang ist breitspurig und watschelnd; das Abdomen springt stark vor; characteristisches Emporklettern an den Beinen beim Erheben vom Boden.

4) Dr. Freudenthal: Fall von mit Menthol-Orthoform-Emulsion behandeltem Pharynxgeschwür. Die Patientin leidet seit drei Wochen an Schlingbeschwerden, die beständig zunehmen, so dass sie nur sehr wenig Nahrung aufnehmen konnte. Als Pat. vorgestern zu mir in mein Sprechzimmer kam, war sie sehr erschöpft. Sie war schon bei verschiedenen Aerzten gewesen, und der College, der sie zuletzt behandelte, hatte eine antiluetische Cur eingeleitet. Nun hat die Patientin allerdings Erscheinungen im Pharynx, die auch mich veranlasst hätten, antiluetisch vorzugehen. Aber die Thatsache, dass die Behandlung ohne Erfolg gewesen war, bewog mich, zu anderen therapeutischen Maassnahmen zu greifen. Ausserdem enthielten Secret, das der Ulceration entnommen war, und das Sputum Tuberkelbacillen. Ich glaube aber, dass zugleich luetische Infection vorliegt, obwohl der Gatte der Patientin dieselbe nicht zugesteht. Ich habe mir im vorigen Jahre erlaubt, hier einen Fall von Larynxtuberculose vorzustellen, der zum Theil vollständig geheilt war. Ich habe nun dasselbe

Heilverfahren auch bei dieser Patientin angewandt. Dasselbe besteht in der Application von Menthol-Orthoform-Emulsion auf das zuvor gereinigte Geschwür. Der damit erzielte Erfolg ist ein sehr zufriedenstellender. Ich habe die Frau zuerst am vorigen Mittwoch Früh auf diese Weise behandelt, und Mittags konnte sie schon Fleisch essen. Heute hat die auf diese Weise erzielte Anaesthesie ca. 9 Stunden angehalten.

Discussion. Dr. John Horn: Ich habe die Patientin vor drei Wochen gesehen. Sie hatte ein Ulcus am Gaumenbogen, das einen luetischen Eindruck machte. Patientin kam dann nicht wieder zu mir bis vor ca. einer Woche und zu dieser Zeit hatte sie schon das collossale Geschwür, das Sie heute Abend an ihr beobachten konnten. Ich brachte bei der Patientin antiluetische Behandlung in Anwendung, und da sie auf diese Weise sich nur ganz wenig oder gar nicht besserte, pinselte ich die Geschwürsbildung mit Höllensteinlösung. Die Patientin kam dann nicht wieder. Ich hatte sie nicht lange genug unter Beobachtung, um feststellen zu können, ob Tuberculose vorlag oder nicht. — Dr. Mannheimer: Besteht zu gleicher Zeit auch Lungentuberculose? — Dr. Freudenthal: Ja. Ich glaube auch, dass man durch kräftige Cauterisation mit Argentum nitricum das Fortschreiten des Geschwürs verhindern kann. — Dr. A. Jacobi: Nach Ansicht von Dr. Freudenthal hätten wir es also in diesem Falle mit einem luetisch-tuberculösen Geschwüre zu thun. Ich kann mir eigentlich keine rechte Vorstellung machen, was man darunter verstehen soll. Giebt es denn derartige Mischformen? — Dr. Freudenthal: Es giebt sehr viele Formen von Mischinfectionen. Die Frau leidet an Syphilis, aber zugleich auch an Lungentuberculose. Beschrieben sind derartige Mischformen allerdings bis jetzt noch nicht. — Dr. John Horn: Ich habe den Fall, wie schon erwähnt, erst vor drei Wochen zum ersten Male gesehen. Da der Fall einen ganz entschieden syphilitischen Eindruck machte, habe ich antisyphilitische Behandlung eingeleitet und ich glaube, dass ihr zum Theil die jetzt bemerkbare Besserung zuzuschreiben ist. — Dr. Mannheimer: Das Geschwür sieht wie ein syphilitisches aus. Dr. Freudenthal nimmt nun an, weil er auf dem Geschwür Tuberkelbacillen gefunden hat, dass das Geschwür theilweise tuberculöser Natur sei. Für eine derartige Annahme liegt aber kein Beweis vor. Wahrscheinlich stammen die Tuberkelbacillen aus der Lunge und sind auf dem Geschwürsgrund hängen geblieben.

5) Dr. Moschcowitz stellt zwei Patienten mit amputirten Unterschenkeln vor. Bei dem einen Patienten wurde von ihm im Mt. Sinai Hospital der Unterschenkel amputirt nach der osteoplastischen Methode von Bier. Der zweite Patient, nach der gewöhnlichen Methode operirt, wird nur vorgestellt als Contrast, um die vollständige Tragfähigkeit eines Bier'schen Stumpfes zu beweisen.

Discussion. Dr. Torek: Es kann kein Zweifel darüber bestehen, dass die Bier'sche Methode den besten und brauchbarsten Amputationsstumpf giebt. Ich have vor ca. zwei Jahren einen Fall nach dieser Methode operirt und obwohl bei der Nachbehandlung Hautgangraen auftrat, so dass die Amputationswunde theilweise durch Granu-

lationen heilen musste, ist doch ein vollkommen brauchbarer Stumpf das Resultat gewesen. — Dr. Moschcowitz: Ich erlaube mir noch hinzuzufügen, dass man sehr leicht die Frage aufstellen kann, ob es sich lohnt, mit solchen mehr oder minder complicirten Methoden zu operiren. Wenn man an der oberen Extremität zu operiren hat, so möchte ich diese Frage ganz entschieden mit Ja beantworten. Ich habe kürzlich einen Daumen nach dieser Methode operirt und auch in diesem Falle einen guten Amputationsstumpf erhalten. Man könnte fragen, wozu man einen tragfähigen Stumpf am Daumen oder Vorderarm braucht. Wenn man aber in Betracht zieht, dass die Physiologie eines Stumpfes an der oberen Extremität ebenso wichtig ist, wie an der unteren, so glaube ich, dass man in jedem Falle, wenn man die nöthige Zeit hat, nach Bier operiren soll.

6) Dr. Julius Wolff: Fall von einseitigem Exophthalmus. Frau R. A., 26 Jahre alt, stets gesund gewesen, 4 Jahre verheirathet; gebar 3 Kinder, das letzte vor 6 Monaten. Patientin behauptet, dass vor der Geburt des letzten Kindes ihre Augen zwar etwas schwach, jedoch in ihrem äusseren Aussehen stets gleich gewesen seien. Mehrere Stunden nach der Geburt dieses Kindes behauptet sie einen Schmerz über dem linken Auge und in der linken Kopfhälfte gespürt zu haben. Zwei Wochen später fühlte sie mit der Hand, dass das linke Auge „grösser" sei, als das rechte. Ihre Verwandten hatten bisher keine Veränderung in ihrem Aussehen bemerkt. Sie meint, das Auge habe sich seitdem etwas verkleinert und wäre in den letzten 5 Wochen in gleichem Zustande geblieben.

Stat. praes.: Die linke Lidspalte ist 3 mm weiter als die rechte und der Augapfel ist um etwa 8 mm vorgetrieben. Patientin hält den Kopf 20° nach links gedreht. Keine äusseren Entzündungserscheinungen. Linke Pupille etwas weiter als die rechte, reagirt aber gut auf Licht. Die Bewegungen des Bulbus sind bis auf eine geringe Einschränkung nach innen und aussen normal. Der Augapfel lässt sich nicht im geringsten in die Orbita zurückdrängen, und man hat bei dem Versuch das Gefühl, als ob er an eine feste Masse angedrüct werde. Mit dem Finger ist jedoch keine Geschwulst zu fühlen. Die Vortreibung des Auges ist gerade nach vorne. Ophthalmoscopisch sieht man eine deutliche Schwellung des Sehnervenkopfes und Verwaschenheit seiner Ränder. Die Gefässe sind etwas geschlängelt. Es ist das Bild einer leichten Stauungspapille. Doppelbilder sind nur in den Grenzen des Blickfeldes zu erlangen.

Differentialdiagnose. Es handelt sich offenbar um eine Gewebszunahme in der linken Orbita, welche den Augapfel hervortreibt, und zwar ist der Sitz des neuen Gewebes innerhalb des Muskeltrichters, weil das Auge gerade nach vorne vorgetrieben ist. Um einen der seltenen Fälle von einseitigem Basedow kann es sich nicht handeln, denn es fehlen alle anderen Symptome. Da der Augapfel nicht pulsirt, handelt es sich auch nicht um einen pulsirenden Exophthalmus und Aneurysma arterio-venosum. Das lange Bestehen des Exophthalmus und die geringe Veränderung in dem Zustande während mehrerer Monate schliessen auch eine Blutung oder entzündliche Infiltration aus.

Es bleiben daher blos zwei Wahrscheinlichkeiten übrig; entweder eine Cyste oder ein fester Tumor. Eine sehr gefässreiche Geschwulst, wie z. B. ein Angiom oder Cavernom, ist wohl auszuschliessen wegen der Unmöglichkeit den Augapfel zurückzudrängen, und auch wegen des Fehlens einer weiteren Vortreibung des Auges beim tiefen Bücken des Kopfes. Unter den innerhalb des Muskeltrichters gelegenen Orbitalgeschwülsten sind wohl die Gliome oder Gliosarkome des Sehnerven die häufigsten, und so möchte ich dies als die Wahrscheinlichkeitsdiagnose in diesem Falle hinstellen. In therapeutischer Hinsicht wäre hier die temporäre, osteoplastische Resection der äusseren Orbitalwand nach Krönlein indicirt.

Discussion. Dr. Percy Fridenberg: Der Fall ist jedenfalls sehr interessant. Ich möchte nur einige Worte hinsichtlich der Diagnose sprechen. Es ist auch dem Collegen Wolff aufgefallen, dass wir es hier mit einem Fall von beginnendem Basedow zu thun haben könnten; er schliesst dieses Leiden jedoch aus, weil keine sonstigen Symptome hierfür vorhanden sind. Ich habe unlängst einen derartigen Fall gesehen, der lediglich wegen der Augensymptome in die Klinik kam, und erst viel später traten die übrigen Symptome auf. Allein trotzdem glaube ich auch, dass wir es hier nicht mit einem Fall von Basedow zu thun haben. Die Frau giebt an, dass der Exophthalmus gleich nach der Entbindung aufgetreten und jetzt wieder im Abnehmen begriffen sei. Ich glaube daher, dass es sich hier um eine Blutung gehandelt hat, die jetzt wieder resorbirt wird. Es ist dies natürlich nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose. — Dr. Schapringer: Ich bin der Ansicht von Dr. Wolff, dass hier wahrscheinlich eine Geschwulst vorliegt. Was eine Blutung anbelangt, so fehlt für eine solche dasjenige Symptom, welches nach einer Blutung anbelangt, so fehlt für eine solche dasjenige Symptom, welches nach einer Blutung in die Orbita nach nicht zu langer Zeit auftritt, die Verfärbung der Haut. — Dr. Wolff: Ich glaube ziemlich sicher sagen zu können, dass es sich hier nicht um eine Blutung handelt und zwar aus drei Gründen: 1. ist die Sache schon 6 Monat alt; 2. ist in anamnestischer Beziehung sich die Frau selbst nicht ganz klar, und 3. spricht dagegen die Festigkeit der Masse, die hinter dem Auge sitzt.

7) Dr. Schapringer: Fall von einseitigem Nystagmus. Einseitiger Nystagmus wird selten beobachtet. Vortragender hat vor genau sechs Monaten (März 1900) ein achtjähriges Mädchen mit dieser ungewöhnlichen Anomalie am selben Orte vorzustellen Gelegenheit gehabt (s. Sitzungsbericht in der N. Y. med. Monatsschr., November 1900, S. 620). Der heute vorgestellte Fall betrifft eine 35jährige verheirathete Frau, Mutter mehrerer Kinder. Eines dieser Kinder erkrankte vor Kurzem an einer acuten Bindehautentzündung und dies wurde zur Gelegenheit, dass Vortragender den einseitigen Nystagmus bei der Mutter entdeckte. Beide Augen der Frau sind ausgeprägt kurzsichtig gebaut, das linke ausserdem hochgradig amblyopisch. Dieses linke Auge ist es nun, welches in fortwährender zitternder Bewegung begriffen ist, und zwar ist die Schwingungsrichtung die senkrechte. Die

Frau giebt an, ihr Nystagmus sei nicht angeboren, sie wäre jedoch in frühem Kindesalter von einer Augenentzündung befallen worden, von welcher sie in ihrem Heimathsorte in Russland eine Bäuerin curirt hätte. Als Resultat dieser Behandlung wä-e das Augenzittern zurückgeblieben — eine wenig glaubwürdige Angabe. Der Nystagmus ist wohl eher als angeboren zu betrachten. Am rechten Auge ist auch bei wiederholter und längere Zeit fortgesetzter Betrachtung mit freiem Auge keine Spur von zitternder Bewegung wahrzunehmen. Untersucht man jedoch den Augenhintergrund mit dem Spiegel im aufrechten Bilde, wobei bekanntlich eine nicht unbeträchtliche Vergrösserung stattfindet — im vorliegenden Falle noch vermehrt durch den Umstand, dass der untersuchte Bulbus stark kurzsichtig gebaut ist — so sieht man den Fundus in fortwährender leise zitternder Bewegung, wobei die Schwingungsrichtung senkrecht ist, also dieselbe wie am linken Auge. Die Grösse einer Oscillation des rechten Bulbus berechnet Vortragender auf 0.02 bis 0.03 Millimeter, natürlich zu klein, um mit freiem Auge wahrgenommen zu werden. Einseitiger Nystagmus ist meistens vertical, der unverhältnissmässig häufigere doppelseitige dagegen zeigt diese Schwingungsrichtung nur äusserst selten. Es sind übrigens alle Beobachter darin einig, dass wenn einseitiger Nystagmus genügend langer und genauer Beobachtung unterworfen wird, es sich immer herausstellt, dass auch das andere Auge, wenn auch in geringerem Grade, mit derselben Anomalie behaftet ist. Die Richtung der abnormen Bewegung kann dabei auf beiden Augen die gleiche sein, wie in dem heute vorgestellten Falle, oder auch voneinander abweichend.

Betreffs des Anfangs erwähnten, in der Märzversammlung vorgestellten achtjährigen Mädchens mit einseitigem senkrechten Nystagmus berichtet Vortragender ergänzend, dass er den Fall seitdem zu wiederholten Malen zu untersuchen Gelegenheit gehabt hat. Während bei diesen Untersuchungen die senkrechten oder nahezu senkrechten Zuckungen des rechten Auges sich niemals vermissen liessen, traten die aus theoretischen Gründen erwarteten Zuckungen des linken Bulbus bei manchen Sitzungen — die freilich immer nur sehr kurze waren — gar nicht auf, bei anderen waren sie aber deutlich zu bemerken. Die Richtung der Zuckungen an dem besseren Auge sind aber niemals senkrecht, sondern horizontal oder schief. Auch der Zeit nach fallen die Zuckungen der beiden Bulbi nicht zusammen. Die Ansicht, dass der Nystagmus im Wesentlichen ein Leiden der centralen Innervationsstätten der Bulbusmuskeln und nicht etwa ein Leiden dieser Muskeln selbst oder der motorischen Nervenäste darstellt, fand sich einer scheinbar unüberwindlichen Schwierigkeit gegenüber als die ersten Beobachtungen von einseitigem Nystagmus bekannt gegenben wurden. Die Schwierigkeit verschwand natürlich, als es sich mit der Zeit erwies, dass es einen einseitigen Nystagmus im strengen und ausschliesslichen Sinne des Wortes eigentlich gar nicht giebt.

Vorzeigen von Präparaten.

Dr. Libman: Demonstration eines Herzens, das von einem Falle von ulceröser Endocarditis stammt. Der betr. Pat. war 21 Jahre alt und

litt an einer acuten Entzündung der Semilunarklappen der Aorta, die keinerlei atypischen Erscheinungen bot bis zwei Tage vor dem Tode, zu welcher Zeit ein lautes, rauhes systolisches Geräusch an der Pulmonalis auftrat, das auf eine Laesion der Pulmonalklappe bezogen wurde. Die Autopsie ergab eine ulcerative Endocarditis an der Aortenklappe mit enormen Vegetationen in den Sinus Valsalvae. Damit im Zusammenhang fand sich am Septum eine grosse haemorrhagische Geschwulst von körnigem Aussehen, die sich bis in den rechten Ventrikel vorwölbte und auf diese Weise den Weg zur Pulmonalis fast vollständig versperrte. Das Centrum der Geschwulst war ziemlich weich. Dieselbe erwies sich durch die microscopische Untersuchung als ein acuter Entzündungsherd im Stadium der beginnenden Abscessbildung. Das Culturverfahren ergab die Anwesenheit des Staphylococcus albus.

Ripperger, Secretär.

Sitzung vom 26. October 1900.

Vorsitzender: Dr. Morjé.

Vorstellung von Patienten.

1) Dr. A. Jacobi: Fall von Offenbleiben des Ductus arteriosus Botalli. Der Knabe ist vier Jahre und acht Monate alt. Die Mutter hat noch zwei ältere Kinder, einen elf und einen zehn Jahre alten Knaben. Der vorgestellte war immer klein und schwächlich gewesen, hatte sich sonst aber gut befunden. Er war nicht asphyctisch bei der Geburt, sondern soll sofort geschrieen haben. Von Krankheiten hat er blos Tonsillitis und Masern durchgemacht. Es sind keine Erscheinungen von Cyanose da, er wird nicht blau, wenn er schreit. Es ist dies für einen Fall von offengebliebenem Ductus arteriosus Botalli nicht die Regel. Es ist ein starkes, rauhes Geräusch an der Pulmonalis zu hören, das sich nach oben vom Sternum fortsetzt, auch in die linke und rechte Carotis, aber in der letzteren weniger laut ist als in der linken. Die Percussion des Herzens ergiebt eine mässige Hypertrophie des rechten Ventrikels und Vorhofs, wie dies die rechts über das Sternum hinausgehende Dämpfung anzeigt. Die Diagnose stützt sich auf das laute, harte Geräusch über der Pulmonalis, die Dämpfung entsprechend der Pulmonalis und die leichte Hypertrophie der rechten Herzhälfte. Es ist vorläufig zwar keine Cyanose vorhanden, aber ein kleiner Radicalpuls, welcher beweist, dass ein grosser Theil des Blutes in den Lungen festgehalten wird und dem peripheren Blutlauf nicht zu Gute kommt. Vortragender weist darauf hin, dass unter Umständen mit offengebliebenem Ductus arteriosus behaftete Individuen ein verhältnissmässig hohes Alter erreichen können und erwähnt den Fall von Reid, welcher sogar ein Alter von 60 Jahren erreichte.

Discussion. Dr. Langmann weist darauf hin, dass die Annahme einer Stenose der Pulmonalis allein die Erscheinungen am besten erklärt. Abgesehen davon, dass die Annahme des Offenbleibens des Ductus arteriosus Botalli immer nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose bleibt, würde auch das Fehlen der Cyanose am meisten dagegen sprechen.

2) Dr. A. Jacobi: Fall von Offengebliebenem Duc-

tus arteriosus Botalli und Mitralinsufficienz. Sechs Monate altes Kind, bei welchem es sich anscheinend um eine Combination von offengebliebenem Ductus arteriosus Botalli und Mitralinsufficienz handelt. Das Kind war nur einen Monat lang an der Brust gewesen und ist seitdem künstlich gefüttert worden — woher ein aufgedunsener Bauch. Ueber der Pulmonalis ist ein starkes Geräusch vernehmbar, aber auch über der Mitralis. Das Pulmonalisgeräusch ist rauher, setzt sich nach oben bis über das Sternum fort und ist auch noch über beiden Carotiden vernehmbar. Die Mitralinsufficienz, wie sie sich hier durch das betreffende Geräusch manifestirt, ist ein bei Neugeborenen selten zu constatirender Zustand, seltener insbesondere als Läsionen an der Tricuspidalis. Bei der letzteren treten gelegentlich in Folge von Asphyxie bei der Geburt kleine Blutungen in den Klappenzipfeln auf, welche dann zu Schrumpfungen und Verhärtungen Anlass geben können.

Discussion. Dr. Langmann: Der Fall erscheint mir am besten erklärt zu werden als Mitralinsufficienz mit ausgeprägter Hypertrophie des linken Ventrikels und relativer Insufficienz der Pulmonalarterie.

3) Dr. I. Adler: Fall von malignem Lymphom. Es handelt sich um eine 32jährige Frau, aus deren Krankengeschichte etwa folgende Punkte von Interesse sind: Vor drei oder vier Jahren machte Patientin, die angeblich bis dahin immer gesund war und deren Familiengeschichte, im Wesentlichen auch negativ ist, eine schwere Tonsillitis durch, welche von ziemlicher Schwellung der Halsdrüsen begleitet war. Nach Ablauf der Tonsillitis bildeten sich die Drüsen nicht mehr zurück, sondern schwollen eher noch mehr an, und es wurden so ziemlich sämmtliche Halsdrüsen, sowie auch die Axillardrüsen ergriffen. Als ich die Patientin vor einigen Jahren sah, fanden sich bei der sonst gesunden, nur etwas anaemischen Person sehr bedeutende Drüsenschwellungen in beiden Submaxillargegenden, entlang der Halswirbelsäule, im Nacken und in den Axillae, hauptsächlich rechts. Am ganzen übrigen Körper war keine abnorme Drüsenbildung nachzuweisen. Milz und Leber waren normal und auch der Blutbefund bot damals normale Verhältnisse. Es musste somit damals die Diagnose auf Hodgkin'sche Krankheit gestellt werden. Unter energischer Arsenikbehandlung besserte sich die Anaemie und die Drüsen nahmen sichtlich an Grösse ab. Nach einiger Zeit entzog sich Patientin unserer Beobachtung, giebt aber an, dass die Drüsen immer weiter abschwollen und endlich fast zur Norm zurückgekhrt seien. Sie fühlte sich angeblich vollkommen wohl, heirathete und wurde schwanger. Gegen Ende der Schwangerschaft bemerkte sie wieder ein Anschwellen besonders der Halsdrüsen. Indessen war das Allgemeinbefinden nicht gestört. Am normalen Ende der Schwangerschaft gebar sie ein gesundes Kind, welches sie selbst stillte. Nun bemerkte sie, dass die Drüsen ziemlich rasch zunahmen, und sie begann sich sehr elend zu fühlen. Vor etwa 14 Tagen kam sie dann wieder zur Beobachtung in dem Zustande, in welchem Sie sie jetzt sehen.

Bei der elend aussehenden, stark abgemagerten blassen Frau fällt

zunächst die hochgradige Schwellung der Halsdrüsen auf, namentlich die grossen Packete beiderseits in der Submaxillargegend. Links sehen Sie über dem riesigen Drüsenpacket am Kieferwinkel die Haut stark geröthet und entzündet und die darunterliegenden Drüsenmassen teigig erweicht. Sie sehen ferner überall über den ganzen Hals Stränge und Packete von derberen, ziemlich harten, isolirten oder in Packete zusammengeballten, dabei nicht schmerzhaften Lymphknoten. Ebenso sehen Sie ein faustgrosses Drüsenpacket die rechte Axillargegend einnehmen, ein etwas kleineres Drüsenpacket in der linken Axilla. Am ganzen übrigen Körper indessen, an den Armen, den Beinen, den Schenkelbeugen u. s. w., lassen sich vergrösserte Lymphknoten nicht nachweisen. Der ganze Process, soweit die äusserlich sicht- oder fühlbaren Lymphknoten in Frage kommen, scheint auf die Hals- und Axillargegend beschränkt zu sein. Dagegen kann man sich sofort durch Palpation leicht überzeugen, dass die Milz hochgradig vergrössert ist und als harte, ovale, an der Spitze abgerundete Geschwulst bis nahe an die Medianlinie vorgerückt ist. Ganz deutlich lassen sich an der Milz, namentlich an dem nach oben gerichteten Theil des freien Endes derselben, grössere und kleinere Knoten durchfühlen. Die Leber ist auch bedeutend vergrössert, in der Mamillarlinie etwa vierfingerbreit über den Rippenrand hervor, ist hart, mit etwas abgestumpften Rändern, und lassen sich auch hier einzelne deutliche, obgleich kleinere Knoten erkennen. Die Untersuchung der übrigen Organe ergiebt nichts Wesentliches. Die Kranke fiebert bis zu 103° F. und darüber. Eine genaue Blutuntersuchung am 11. October ergab folgendes Resultat: Rothe Blutkörperchen 3,633,300, weisse Blutkörperchen 29,700, also ein Verhältniss der weissen zu den rothen von rund 1:122. Die rothen Blutkörperchen zeigten durchaus normale Verhältnisse, namentlich waren weder Normo- noch Megaloblasten nachzuweisen. Das Verhältniss der Leucocyten untereinander stellte sich folgendermaassen: Neutrophile polynucleäre Zellen 88½ Procent, Lymphocyten 3 Procent, grosse mononucleäre, nicht granulirte 7½ Procent, eosinophile 1 Procent; Markzellen fanden sich nicht.

Was nun die Auffassung dieses eigenthümlichen Krankheitsbildes und Verlaufes betrifft, so könnte man ja bei oberflächlicher Betrachtung geneigt sein, hier eine Leukämie anzunehmen. Es sind auch vereinzelte Fälle bekannt geworden, bei denen eine ursprüngliche H o d g k i n'sche Krankheit, meist sub finem vitae, in echte Leukämie überging. In unserem Falle könnte anscheinend namentlich die hochgradige Milz- und Lebervergrösserung dieser Auffassung einige Stütze geben. Ebenso könnte unter Umständen das acute erneute Aufflammen des ganzen Processes, das Fieber und der rasche Verfall der Kräfte in diesem Sinne gedeutet werden. Indessen erweist sich doch die Leukämiediagnose bei genauem Zusehen als ganz unhaltbar. Es ist schon von vornherein auffallend, dass der Drüsenprocess sich nur auf einige begrenzte und nahe zusammengelegene Regionen beschränkt hat. Auch ist die entzündliche Erweichung des grossen Drüsenpackets am linken Kieferwinkel nicht recht mit dem leukämischen Process vereinbar. Vor allen Dingen aber spricht das Ergebniss der Blutuntersuchung mit voller

Entschiedenheit gegen Leukämie. Die Leucocyten sind allerdings stark vermehrt, aber ein Verhältniss von 1:122 entspricht doch in keiner Weise einer Leukämie, welche schon zu so hochgradigen Organveränderungen geführt hätte, wie in diesem Falle. Es ist eben eine recht bedeutende Leukocytose, aber keine Leukämie. Absolut entscheidend aber ist der durchaus negative Befund an den rothen Blutkörperchen. Wir sind demnach zur Auffassung gezwungen, dass es sich hier um einen Fall von malignem Lymphom handelt, der besonders durch bedeutende Lymphomknotenbildung in Milz und Leber ausgezeichnet ist. Lässt sich nun der Blutbefund mit dieser Diagnose in Uebereinstimmung bringen? Während man bei Leukämie stets im Blute schwere Veränderungen an den rothen Blutkörperchen, besonders Auftreten von Normoblasten vorfindet und unter den Leukocyten je nach der Art Leukämie die Lymphocyten oder die Markzellen besonders hervortreten, ist bei malignem Lymphom der Blutbefund durchaus kein characteristischer. Sehr oft zeigt das Blut selbst bei hochgradigen Fällen annähernd normale Verhältnisse. An den Erythrocyten sind überhaupt keine Veränderungen nachzuweisen. Die weissen Blutkörperchen geben öfters das Bild einer mehr oder weniger ausgesprochenen Leucocytose, wobei aber, wie das nach der Natur der Erkrankung zu erwarten ist, wohl ausnahmslos die Lymphocyten an Zahl bedeutend vorwiegen. In diesem Falle hier ist nun auffallend, dass trotz der bedeutenden Veränderungen in den Lymphdrüsen, trotz der Lymphknoten in Leber und Milz die Lymphocyten nur in geringer Zahl im Blute vorhanden zu sein scheinen und die immerhin recht beträchtliche Leucocytose durch colossales Ueberhandnehmen der neutrophilen polynucleären Zellen zustande gebracht wird. Ich bin nun der Ansicht, dass diese Leucocytose mit der Krankheit an sich überhaupt nichts zu thun hat, sondern fasse dieselbe als eine rein „entzündliche Leucocytose" auf, bedingt durch die Entzündungs- und Erweichungsvorgänge in den grossen Halsdrüsenpacketen, welche ja auch wohl für einen Theil wenigstens des Fiebers verantwortlich gemacht werden können. Man darf annehmen dass, wären diese Entzündungserscheinungen nicht vorhanden, so würde der Blutbefund auch jetzt, wie vor einigen Jahren, ein annähernd normaler sein. Schliesslich sei noch betont der anamnestisch sich ergebende Zusammenhang des Beginnes der Erkrankung mit einer acuten beiderseitigen Tonsillitis.

4) Dr. Schapringer: Fall von einseitigem stationärem Exophthalmus, bedingt durch abnorme Wachsthumsverhältnisse der Kopfknochen. Patient I. W., 19 Jahre alt, aus Ungarn gebürtig, soll in frühen Kinderjahren die „englische Krankheit" (Rachitis) durchgemacht haben, deren Hauptsymptome in Vergrösserung des Kopfes und Aufgetriebensein des Bauches bestanden. Seit jener Zeit ist sein rechtes Auge stets und gleichmässig vorgetrieben gewesen. Er hat ausserdem noch, ebenfalls in früher Lebensepoche, die Blattern gehabt, wovon Pockennarben in seinem Gesichte zeugen, doch hat diese Krankheit mit seinem Exophthalmus gewiss nichts zu thun. Es fällt auf den ersten Blick der vergrösserte Schädel des Patienten auf, der in seiner Form freilich dem

eigentlichen Typus des Hydrocephalus nicht gerade entspricht. Andererseits ist aber auch eine ausgesprochene Asymmetrie, wenigstens im Sinne eines Ueberwiegens der Dimensionen der rechten — d. i. der Seite des Exophthalmus entsprechenden — Schädelhälfte äusserlich nicht feststellbar. Hülfe suchte er nicht wegen des Exophthalmus, sondern wegen seiner hochgradigen Kurzsichtigkeit. Diese beträgt auf beiden Augen circa 20 D. Dabei ist das rechte, vorgetriebene Auge, welches, wie hier einzuschalten wäre, kein Pulsationsphänomen darbietet, noch das sehtüchtigere. Seine Schärfe ist nur soweit herabgesetzt, wie wir es gewöhnlich bei den höchsten Graden der Myopie mit ausgesprochenem Staphyloma posticum finden. Die Pupille des linken, nicht vorgetriebenen Augapfels ist weiter und reagirt träge auf Licht, die Spannung ist etwas herabgesetzt (T—1), der Glaskörper trübe, so dass die Einzelheiten des Hintergrundes nicht genau durchmustert werden können und demgemäss ist die Schärfe auch bedeutend herabgesetzt. Es handelt sich also hier um entzündliche Vorgänge im hinteren Abschnitt des Bulbus, wie solche bei hochgradiger Kurzsichtigkeit gelegentlich eintreten. Wie lange das linke Auge schwächer sah, als das rechte, ist nicht zu eruiren. Die Vortreibung des rechten Bulbus beträgt nahezu 1 cm und zwar entspricht die Richtung der Protrusion der Achse der Augenhöhle. Die Beweglichkeit ist nach keiner Seite hin eingeschränkt. Die Palpation des knöchernen Randes der rechten Orbitalhöhle und, soweit dies möglich, des vordern Theils der Orbitalhöhle selbst ergiebt normale Verhältnisse. Die Verengerung, bezw. Verkürzung der knöchernen Orbita der rechten Seite, welche als Ursache des stationären Exophthalmus angenommen werden muss, da jeder Anhaltspunkt für eine anderweitige Erklärung der Protrusion fehlt, kann also nur den hintern Abschnitt der Augenhöhle betreffen. Die Haut des obern Augenlids ist beiderseits dunkel pigmentirt, so dass die Lider ein Aussehen wie bei Morbus Addisonii darbieten. Es existiren ausserdem auf der Brust und dem linken Unterschenkel ausgedehnte Pigmentnaevi.

Discussion. Dr. George W. Jacoby erwähnt einen Fall, bei welchem es sich um einseitigen Riesenwuchs der ganzen Länge des Körpers nach handelte mit ausgesprochenem Exophthalmus auf der kranken Seite. Bei dem von Dr. S. vorgestellten Patienten findet er die rechte Hand grösser als die linke, was bei dem Umstande, dass Patient niemals schwere körperliche Arbeit geleistet hatte, auf Riesenwuchs hindeutet. An den unteren Extremitäten sei freilich kein Grössenunterschied feststellbar. Auch am harten Gaumen und der Zunge ist eine Asymmetrie im Sinne eines einseitigen Riesenwuchses nicht wahrzunehmen. Er weist weiterhin auf eine mögliche Erkrankung der Hypophysis hin, da Uebergangsformen zwischen Riesenwuchs und Acromegalie beobachtet worden sind. — Dr. Willy Meyer erwähnt einen Fall aus der Bonner Klinik, den er dort im Jahre 1881 längere Zeit zu beobachten Gelegenheit hatte. Es handelte sich um ein Mädchen von ungefähr 9 Jahren mit einseitigem Hydrocephalus, einseitigem enormen Exophthalmus, sehr ausgesprochener Hypertrophie der betreffenden Wange und Vergrösserung der betreffenden Körperhälfte. Ausserdem

fand sich noch ein Offenbleiben des Ductus Botalli. Nach genauer Analyse des Falles wurde derselbe als einseitiger Riesenwuchs angesprochen. — Dr. Julius Wolff meint, es könne sich bei dem von Dr. S. vorgestellten Falle möglicherweise um eine, in den hinteren Theil der rechten Augenhöhle eindringende Meningocele handeln.

Vorzeigen von Präparaten.

1) Dr. Willy Meyer: Exostosis humeri, Trauma, Arrosion der Arteria brachialis, Operation, Heilung. Wir sind gewohnt, Knochenexostosen für etwas harmloses zu halten. Sie erfordern nur dann Operation, wenn sie aus irgend welchen Gründen dem Träger beschwerlich werden. Dies tritt ein, meist wenn die Knochenauswüchse in der Nähe des Oberarmgelenks sich finden. Redner erwähnt einen solchen Fall, wo er bei einem 16jährigen Mädchen genöthigt war, eine hahnenkammähnliche Exostose auf der Innenseite des Humerus wegen schwerer Neuralgien zu entfernen. Im letzten Sommer kam ein 21jhriges Fräulein unter seine Beobachtung mit folgender Geschichte: Als 10jähriges Mädchen wurde sie von einem unserer hervorragenden Aerzte wegen einer Exostose an der Innenseite der obern Epiphyse des Oberarms gesehen. Es wurde der Rath ertheilt, weiter nichts dafür zu thun, so lange keine Beschwerden einträten. Im Mai d. J. beim Golfspiel wurde Patientin durch Zufall gerade in der Gegend des Sitzes des Auswuchses verletzt. Der Arm färbte sich in der Gegend blauschwarz, wurde für kurze Zeit empfindlich, dann war wieder alles in Ordnung. Acht Tage später des Morgens beim Haarmachen plötzlich spontan heftige Schmerzen an derselben Stelle, Unfähigkeit den Arm zu bewegen, allgemeine Schwellung. Der Hausarzt verordnete Ruhe und Elevation, Eis. Etwa zehn Tage später wurde Pat. von Dr. M. gesehen. Exostose nicht deutlich palpabel, eine eigenthümlich teigige Geschwulst umgiebt und überlagert dieselbe. Mässige Schwellung des ganzen Arms. Es wurde eine Blutung in eine Exostosis bursata diagnosticirt, wahrscheinlich im Zusammenhang stehend mit dem ursprünglichen Trauma. Da die Familie in kurzer Zeit nach Europa reisen wollte, und die Patientin heftige Schmerzen auszustehen hatte, wurde Operation dringend angerathen und ausgeführt. Die Incision legte einen Sack (Bursa) mit Coagulis ältern Datums gefüllt offen. Beim Wegräumen derselben plötzlich heftige arterielle Blutung nach aussen von der Exostose. Um Raum zu gewinnen, wird letztere an der Basis abgetragen. Unmöglichkeit das lädirte Gefäss zu Gesichte zu bekommen. Deswegen Ligatur der Arteria axillaris circa zwei Zoll oberhalb. Beim Suchen nach dem peripheren Ende der Arterie um auch dieses zu ligiren, plötzliche Wiederkehr der Blutung. Es gelingt jetzt, das verletzte Gefäss zu Gesicht zu bekommen. Dasselbe zeigte eine Arrosion von gut Stecknadelkopfgrösse, Ligatur oberhalb und unterhalb, Excision der erkrankten Partie, Naht, Drainage, Elevation des Gliedes, Heilung ohne weitere Störung. Patientin kann schon nach zwei Wochen den Arm in zufriedenstellender Weise bewegen.

Offenbar handelte es sich in diesem Falle um eine abnorm hohe Theilung der Arterie. Das blutende Gefäss nahm seinen Abgang offen-

bar noch oberhalb der Ligatur der Arteria axillaris. Die Untersuchung der Exostose ergab den interessanten Befund einer ausgesprochenen Rauhigkeit ihrer Spitze. Dies erklärt den Hergang des Vorkommnisses. Durch das Trauma beim Golfspiel war die Spitze der Exostose lädirt und rauh geworden, das daneben liegende Gefäss wurde nun stossweise gegen diese Rauhigkeit getrieben und arrodirt. Eine diffuse Blutung war die Folge, deren Dimensionen in diesem Falle interessanterweise beschränkt werden konnten durch die Gegenwart der Bursa.

2) Dr. Willy Meyer: Blasenstein von ungewöhnlicher Grösse. Das Präparat stammt von einem Collegen, der über zwölf Jahre an Blasenbeschwerden litt. Zu Beginn des Leidens consultirte er einen der hervorragendsten Specialisten in Wien, der ihn cystoscopirte, angeblich aber nichts fand. Heftige Blutung. Wochenlanges Kranksein war die Folge. Diese Erfahrung bestimmte den Patienten, von weiteren intravesicalen Manipulationen für die Zukunft abzusehen. Er litt auch nur temporär, war im Uebrigen fähig seiner Praxis nachzugehen. Schwere Symptome stellten sich erst im Sommer 1899 ein. Eine damals angerathene genauere Untersuchung wurde abgelehnt. Im Frühjahr dieses Jahres kam Pat. wieder unter M.'s Beobachtung und zwar wegen absoluter Retention. Blase reicht bis zum Nabel. Die eingeführte Trendelenburg'sche Cathetersonde trifft einen Stein im Blasenhals und schiebt ihn durch sanftes Drücken vorwärts. Sofortige Linderung. Entleerung der Blase durch die Sonde. Patient steht vom Tisch auf und fühlt sich sofort so sehr erleichtert, dass der angerathene hohe Blasenschnitt auch in der nächsten Woche noch nicht ausgeführt wird. Da mit dem Schnabel nach allen Seiten beim Vor- und Rückwärtsschieben in der Blase deutliches Anschlagen gefühlt wird, wird angenommen, dass es sich um multiple Steine handelte. Nach sechs Wochen Wiederkehr der Retention. Noch einmal gelingt es, aber unter grossen Schwierigkeiten, den das Orificium urethrae internum versperrenden Stein aus seiner anscheinend festen Lage zu verschieben, wiederum mit sofortiger Erleichterung für den Kranken. Bald darauf hoher Blasenschnitt. Anstatt vieler Calculi wird ein enormer Stein extrahirt, und zwar aus der unteren Hälfte einer Sanduhrblase. Diese untere Hälfte umgab den Stein fest und entsprach ziemlich genau seiner Grösse. Wenn dieser Stein aus seiner schrägen Lage durch Blasencontraction in eine mehr senkrechte gebracht wurde, verdeckte er die innere Harnröhrenmündung vollkommen und verursachte Retention. Beim wiederholten Catheterisiren, das wegen der Retention nöthig wurde, wurde der Stein in eine andere Ebene zurückgedrängt und damit wieder ungestörter Harnabfluss für längere Zeit bewirkt. Patient machte eine ungestörte Reconvalescenz durch und geht wieder seiner Praxis nach.

3) Dr. A. Rose: Giaourdi, ein griechisches Milchpräparat. Das Präparat, das ich Ihnen zu übergeben wünsche, unterscheidet sich von denen, die meist hier vorliegen dadurch, dass es essbar ist, und ich bitte Sie, es zu geniessen. Es ist ein griechisches Nahrungs- und Genussmittel, genannt Giaourdi. Die Darstellung desselben ist folgende: Milch wird unter beständigem Umrühren gekocht

bis sie zu einem gewissen Grade der Beschaffenheit des Giaourdi entsprechend eingedickt ist — es nimmt dies etwa eine Stunde. Dann wird die eingekochte Milch je nach ihrer Art auf 50, 45 oder 40 Grad Celsius abgekühlt, nämlich Schafmilch, aus welcher die beste Giaourdi bereitet wird, auf 50, Kuhmilch auf 45 und Ziegenmilch auf 40 Grad. Durch diesen Process wird selbstverständlich die Zusammensetzung der Milch geändert, und der Director der Industrie- und Handelsacademie in Athen, ein Professor der Chemie, gab mir eine wissenschaftliche Abhandlung über diese physiologischen Veränderungen, doch will ich wegen der knapp zugemessenen Zeit davon absehen, darauf näher einzugehen. Nachdem nun die eingedickte Milch abgekühlt ist, wird ein Ferment zugesetzt, das man auf folgende Weise gewinnt: Eine trockene Feige wird über Nacht in 25 Drachmen Wasser eingeweicht; am nächsten Morgen setzt man zwei Tropfen Citronensaft und ein kaum bemerkbares Minimum von Lab aus einem Thiermagen hinzu und von diesem Ferment nimmt man eine entsprechende Menge für die Milch. Besser soll der Saft von frischen Feigen sein, allein zu der Zeit, da man Ferment für Giaourdi bereitet, giebt es keine frischen Feigen in Athen. Manche nehmen anstatt des Feigensaftes die Flüssigkeit aus einem Seeschalthiere. Immerhin ist die Art des Fermentes von Bedeutung, weil von derselben der Geschmack und die besondere Eigenthümlichkeit des Giaourdi abhängen. Gewisse klimatische Bedingungen sind erforderlich, gute Giaourdi zu erzeugen; während der griechischen Monate August und September findet man keine Giaourdi in Athen.

Nachdem ich dieses Milchpräparat vor drei Jahren in Griechenland kennen gelernt, liess ich es mir von Griechen in New York bereiten und fand vorzügliche Verwendung dafür, besonders in einem Falle von Magengeschwür, fand auch an mir selbst und anderen, dass es ein Diureticum erster Ordnung ist.

(Herumgereichte Proben von Giaourdi werden von den Anwesenden verkostet und einstimmig als sehr schmackhaft bezeichnet.)

4) Dr. A. Rose: Gestatten Sie mir noch, Ihnen ein Bruchstück eines Reiseberichtes von meinem Aufenthalt während des verflossenen Sommers in Athen mitzutheilen. Bis zum Jahre 1884 gab es in Athen nur ein Hospital, das städtische, genannt Elpis. Im Jahre 1872 gründete die Königin die „Gesellschaft für Frauenerziehung," und von Anfang an fasste diese Gesellschaft in's Auge, Frauen zu Krankenpflegerinnen zu schulen. Bis zum Jahre 1872 war der Stand der Krankenwärterinnen in Griechenland ein recht niederer. Die Krankenwärterinnen rekrutirten sich aus der niedersten Volksklasse und sie standen in keinem höheren Ansehen als die Waschfrauen oder Frauen, die man miethet, um von ihnen das Haus reinigen zu lassen. Die Königin und die Damen, die unter ihrer Leitung die Gesellschaft für Frauenerziehung bildeten, zeigten, dass Krankenpflege ein Beruf sei würdig der Frauen von Bildung und besonderer Erziehung. Im Auftrage der Königin schrieb Dr. Makkas ein Lehrbuch für Krankenpflegerinnen, dessen erstes Capitel von den Tugenden und der Nothwendigkeit derselben handelt. Gleichzeitig mit der Gründung der genannten Gesellschaft und der Errichtung einer Schule für Kranken-

pflegerinnen fasste die Königin den Plan der Gründung eines neuen Hospitals in's Auge. Sie beauftragte ein Comité von ausgezeichneten Männern, an deren Spitze den Metropoliten von Athen, Gelder zu sammeln, um den Plan zu verwirklichen, und im Jahre 1881 wurde der Grundstein zu dem Bau gelegt, im Jahre 1884 das Hospital eröffnet. Es heisst Evangelismos. Ueber den Betten sind Marmortafeln mit Namen angebracht. Im Anfang verewigte man auf diese Weise die Namen derjenigen, welche 5000 Drachmen zur Erhaltung eines Bettes beigesteuert; da es sich aber zeigte, dass die Bewerbungen zu zahlreich eingingen, erhöhte man die Summe auf 10,000 Drachmen, und die Concurrenz mag eine sehr grosse gewesen sein, denn im ganzen Hospital ist kein einziges Bett ohne solche Marmortafel. Ein Flügel des schönen Baues trägt den Namen Syngros, ein anderer den Namen Theodoridis, zu Ehren dieser zwei Wohlthäter, die die Errichtung dieser zwei Flügel aus ihren eigenen Mitteln bestritten haben. Wenn man die Lage des Evangelismos lobt, ist es unmöglich, zu übertreiben. Das Hospital ist auf einer Anhöhe gelegen, in einer herrlichen Landschaft, die von dem pittoresken Hagios Georgios beherrscht wird. Vom Norden wird es von den kühlen Winden aus den Bergen bestrichen, vom Süden kommen ihm die angenehmen Seebrisen zu Gute und es ist nicht ungewöhnlich, dass selbst während der Mittagszeit im Hochsommer ausgesprochene Kühle in der Gegend des Hospitals herrscht. Die Nordwinde Athens sind als besonders wohlthuend für die Gesundheit schon von den Alten gerühmt worden. Die Königin ist die wirkliche Leiterin des Evangelismos. Ungleich anderen hohen Frauen, deren Namen mit solchen Instituten in Verbindung stehen, deren Antheil sich aber nur darauf beschränkt, dass sie Berichte entgegennehmen und Geld beisteuern, nimmt sich die Königin der Verwaltung wirklich an; es geschieht nichts von Bedeutung, ohne dass man sie in Kenntniss setzt, nichts ohne ihre Zustimmung, ja selbst über die geringsten Kleinigkeiten lässt sie sich unterrichten. Während ihres Aufenthaltes in Athen stattet sie täglich dem Hospital Besuch ab, ja sie pflegt selbst Kranke, besorgt ihnen selbst Dinge, deren sie bedürfen oder die sie wünschen, und ihre Güte kennt keinen Unterschied den geringsten oder den besser gebildeten Kranken gegenüber. Bei ihrem Wirken unter den Kranken kann man sie wohl mit einem Engel vergleichen. Es ist bekannt, dass sie incognito auch arme Kranke in Athen in deren Behausungen besucht und pflegt. Die Anzahl der Kranken im ersten Jahres des Bestehens des Evangelismos war 301; der letzte Jahresbericht giebt die Zahl von 2000. In diesem letzten Jahr (1899) erhielt das Hospital ein Legat von Syngros von zwei Millionen Drachmen. Die Ausgaben waren in demselben Jahr 232,000 Drachmen.

Echinococcus ist sehr häufig in Griechenland. In dem Bericht von 1899 sind 19 Fälle angeführt, in welchen Echinococcusblasen operirt wurden, 14 davon betrafen die Leber. Im St. Andreas-Hospital von Patras, das ich ebenfalls während des Sommers 1900 besuchte, waren in demselben Jahr bei einer Gesammtkrankenzahl von 1300 zwölf Fälle von Leberechinococcencyste. Ein anderes häufiges Vorkommen in Griechenland ist Blasenstein. Im Evangelismos wurden im Jahre 1899 21 solcher

Fälle operirt, im St. Andreas-Hospital in Patras während derselben Zeit 16. Besonders erwähnenswerth ist, dass in dem Hospital von Patras seit Jahren kein einziger Todesfall nach Blasensteinoperation vorgekommen ist.

A. Schapringer, stellvertr. Secretär.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt Chicago.

Sitzung vom 12. April 1900 im Hotel Bismarck.

Präsidium: Dr. Herzog.

Das Protocoll der letzten Sitzung wird verlesen und angenommen.

1. Dr. Doepfner: Ueber die operative Behandlung des Abdominaltyphus. (Vortrag wird später erscheinen.

Keine Discussion.

2. Beschlussfassung über Veröffentlichung unserer Berichte. Es wird beschlossen, die Sitzungsberichte wieder wie früher in der N. Y. Medicinischen Monatsschrift zu publiciren.

3. Dr. Carl Beck: Darmresection und Darmausschaltung.

Discussion. Dr. Doepfner: Das vom Vortragenden angegebene Verfahren ist die offene Darmausschaltung. Früher machte man geschlossene Ausschaltung, was sich aber nicht bewährte. Es kam zu toxischen Erscheinungen. Reinigung des Darms und dann Vernähen bewährte sich ebenfalls nicht. Für die Darmfistel ist die Resection die ideale Operation. Bei der Ausschaltung braucht der Darm nicht zu atrophiren, weil er seine Ernährung beibehält. Die Schleimhaut bleibt activ. — Dr. Lieberthal: War die Potenz erhalten bei dem Patienten mit Blasenausschaltung? — Dr. Carl Beck: Die Potenz ist vorhanden, aber die Geschlechtsorgane sind kleiner geworden.

4. Die Candidaten Herren Drs. Georg Toel und Arthur J. Behrendt werden als Mitglieder aufgenommen.

Der Schatzmeister, Dr. Ries, theilt mit, dass noch verschiedene Mitglieder mit ihren Beiträgen rückständig sind, und dass er denselben Mahnbriefe schicken werde.

Dr. Lieberthal erstattet Bericht über die Thätigkeit des Comités bei der Klebsfeier.

Dr. Ries stellt den Antrag, dem Comité für seine Bemühungen von Vereins wegen zu danken. Geschieht.

Schluss der Sitzung.

Sitzung vom 10. Mai 1900 im Hotel Bismarck.

Präsidium: Dr. Herzog. Gast: Dr. P. Caspers.

Das Protocoll der letzten Sitzung wird verlesen und genehmigt.

1. Dr. H. Ruschhaupt: Die Entwicklung der Staar-Operation in den letzten 50 Jahren. (Erschienen in der Julinummer 1900 der N. Y. Med. Monatsschrift.)

Discussion. Dr. H. C. Welcker: Bei der Vollständigkeit und Genauigkeit des Vortrags ist es fast unmöglich, noch etwas hinzuzufügen. Besonders möchte ich noch betonen, dass es weniger auf die Operationsmethode, als auf die antiseptischen resp. aseptischen Maassnahmen ankommt, um die besten Erfolge zu erzielen. — Dr. Ries: Der Bindehautsack enthält stets Bacterien, wenn auch nicht immer pathogene. Wie steht es mit der Desinfection? Ist dieselbe möglich, oder verlässt man sich auf die Resistenzkraft des Körpers? — Dr. Ruschhaupt: Es ist nicht möglich, den Bindehautsack keimfrei zu machen, namentlich nicht auf der Partie der Schleimhaut, die die Lidknorpel überzieht. — Dr. H. C. Welcker: Die Möglichkeit ist aufgegeben, den Bindehautsack keimfrei zu machen. Vielleicht ist es besser, keinen Verband mehr anzulegen, die Drahtmaske scheint genügend zu sein. Unter dem Verband ist die Vermehrung der Microorganismen eine grössere, als wenn der Lidschlag da ist. Die Maske ist ein dichtes Drahtgeflecht (ohne Gläser).

2. Dr. E. Saurenhaus: Ueber Zangenoperationen.

Discussion. Dr. Ries: Nach Leopold ist die Zange das blutigste Instrument. Viele Zangen werden ohne zwingende Gründe, mehr aus pecuniären Rücksichten angelegt. — Dr. Heym: Nervenleiden nach Anlegung der Zange sind oft beobachtet, aber genauere statistische Mittheilungen kann ich nicht machen. — Dr. A. Loew: Mit dem Abnehmen der Zange, oder mit dem Lockern der Zangengriffe, kann ich mich nicht einverstanden erklären, ich habe das nie nothwendig gehabt. Die Ries'schen „übertriebenen Behauptungen" sind natürlich wirklich übertrieben; übertrieben ist auch, dass fast alle Zangen aus pecuniären Gründen angelegt werden. — Dr. Decker erwähnt die Mittheilung eines Arztes, der geburtshülfliche Scheinoperationen macht, um grösseres Honorar fordern zu können. — Dr. G. Schirmer: Die Stellung der Zange zum Kopf ist am besten, wenn die Protuberanzen in der Zange sind. Die Fenster sollten weiter werden, nicht enger. Die alten Zangen haben breitere Fenster. — Dr. Fischkin: Existirt eine Indication für die Application der Zange, wenn der Arzt einsieht, dass die Geburt später natürlich beendet wird? Wenn man die Zange nicht nimmt, kann man leicht die Familie verlieren. Hierzulande sieht man vielfach die kleine Zange, welche sehr gute Dienste leistet; die kleinen Griffe bilden einen besseren Hebel. Ist die Einspritzung von Atropin bei rigidem Muttermund von Werth? — Dr. Saurenhaus: Dr. Loew ist glücklich gewesen mit seinen Fällen, dass er niemals die angedeuteten Maassnahmen nöthig hatte. Dr. Schirmer ist zu erwidern, dass ich bis jetzt der Ansicht war, dass die Fenster blos da sind, um das schwere Instrument leichter zu machen. Eine besondere Construction der Fenster scheint mir nicht nöthig, der Kopf wird sich innerhalb der Zange drehen. Die Indicationen für die Zange sind Gefahr für die Mutter, oder Gefahr für das Kind. Wenn der Kopf zangengerecht steht und der Muttermund erweitert ist, dann liegt kein Grund vor, die Zange nicht anzulegen. Was die medicamentöse Erweiterung des Muttermundes betrifft, so können wir uns darauf nicht verlassen. Ganz

leichte, seichte Incisionen sind oft im Stande, den Muttermund rasch zu erweitern. Was den Ersatz der harten Zange durch ein weiches Instrument anlangt, so sind bis jetzt alle Versuche, z. B. Gummikappe, die sich luftdicht dem Kopf anlegt, gescheitert.

Dr. L. E. Schmidt wird als Mitglied aufgenommen.

Dr. K. Doepfner bringt eine Interpellation ein, dass eine wissenschaftliche Sitzung der Gesellschaft niemals wegen privater Veranstaltungen ausfallen darf. Ein Antrag von Dr. Memelsdorf, das Vereinsjahr mit einem gemeinschaftlichen Abendessen zu schliessen, wird abgelehnt.

Schluss der Sitzung.

Sitzung vom 24. Mai 1900 im Hotel Bismarck.

Präsidium: Dr. Herzog. Gäste: Drs. Lensman, P. Caspers.

Das Protocoll der letzten Sitzung wird verlesen und genehmigt.

1. Dr. G. L. Toel: Practisches über Electro-Chirurgie, mit Demonstration von Instrumenten und Präparaten. Der Vortragende verbreitet sich hauptsächlich über Galvanocaustik und zeigt verschiedene Tumoren, die auf diese Weise entfernt wurden, u. a. Carcinom der Mamma, Carcinom des Penis etc.

Discussion. Dr. L. Loeb: Wie wird der Defect gedeckt bei Mammaabtragung? — Dr. Toel: In der Regel wird keine Transplantation gemacht, die Haut zieht sich zusammen und es bleibt nur eine relativ kleine Narbe von etwa 50 Centstück Grösse. Wenn Drüsen in der Achsel geschwollen sind, so wäre die Operation mit dem Messer besser. — Dr. Herzog: Die galvanocaustische Operation ist aseptisch, doch können secundäre Blutungen auftreten. Wird die Schlinge sehr heiss, so wird alles Gewebe zerstört. Necrobiotische Processe bilden ein todtes Gewebe, welches einen guten Boden für Bacterieneinwanderung bildet. Ob die galvanocaustische Schlinge mehr leistet, als das Messer, ist zu bezweifeln. Am meisten zu befürchten ist, dass Theile verbleiben, von denen aus sich später Neubildungen entwickeln. Die Electrolyse ist für kleine zugängliche Theile sehr zu empfehlen. Selbst Knochenexostosen können zum Schwinden gebracht werden (in der Nase). — Dr. Saurenhaus: Bei den vorgezeigten Präparaten ist es zweifelhaft, ob die jeweilige Diagnose richtig ist. Nur das Microscop kann vor Fehlern schützen. Inoperable Uteruscarcinome können mit der Schlinge behandelt gebessert, aber nie geheilt werden. Ob eine Totaloperation ausgeführt werden kann, ist fraglich. Von der electrischen Behandlung der Myome ist man wieder abgekommen, weil Gangraen und Sepsis oft nachträglich eintraten. — Dr. Ries: Die geschichtlichen Bemerkungen des Vortragenden bedürfen der Correction. Keats in Edinburgh ist wieder von der Methode abgekommen und operirt nach wie vor. Martin's electrische Operationen stellen noch nicht seine stärkste Seite vor. Was den allgemeinen Gebrauch in der Gynaecologie betrifft, so ist beinahe jeder davon zurückgekommen.

Nicht ein einziges Myom schwand unter der Behandlung mit Electricität, dagegen traten oft Eiterungen ein. Die Electrochirurgie gehört dem Kindesalter der Chirurgie an. Solche Behandlung, wie heute vorgeführt, ist veraltet. Die Frage der Infection der Drüsen ist nicht zweifelhaft, in fast allen Fällen sind die Drüsen afficirt. Was die Asepsis betrifft, so ist die electrische Operation eine inferiore. Eine solche grosse Wundfläche einem Schorfe zu überlassen, ist die denkbar schlechteste Methode. Die Nachbehandlung dauert Wochen und selbst Monate. In der normalen Operation tritt die Heilung in der Regel schon am 10. Tage ein. Alex. Skene's Methode ist schlecht; er hinterlässt eine Masse Schorf, der niemals glatt heilen kann. Ein anderer grosser Nachtheil der Electrochirurgie ist der grosse Apparat, der nöthig ist. Die electrolytische Behandlung ist werthvoll bei Hysterischen, selbst wenn kein Strom im Apparate ist. — Dr. Ruschhaupt: Die galvanocaustische Behandlung wird viel gebraucht in der Augenheilkunde bei septischen Processen der Hornhaut und Geschwürsbildung. Aus der Schweiger'schen Klinik wurden 164 Fälle veröffentlicht mit besserem Erfolge, als das alte Verfahren hatte. Eine andere Anwendung ist die zur Verödung der Thränenröhrchen. — Dr. Lieberthal: Sowohl die kalten, wie die heissen Chirurgen gehen zu weit. Was die Behandlung der Angiome betrifft, müssen wir unterscheiden zwischen Telangiom und Angioma proprium. Bei ersterem ist Electrolyse erfolgreich; Angioma proprium, wenn klein, können wir mit punktförmigen Einstichen entfernen. Das flache Angiom wird durch methodisch applicirtes Collodium zum Schwinden gebracht. — Dr. Lensman: Die Electrolyse bei Harnröhrenstricturen kam in schlechten Geruch, weil sie keinen Erfolg hatte. Meine Erfahrungen bestätigen das. — Dr. Toel: Ueber Electrolyse habe ich mich aus Zeitmangel überhaupt nicht ausgesprochen, hoffe aber, später einmal ausführlicher darüber zu sprechen. Bei galvanocaustischer Behandlung kommen vereinzelt secundäre Blutungen vor, gewöhnlich am 10. Tage. Die Patienten dürfen deswegen nicht vor dem 12. Tage aufstehen, und bei Frauen ist wegen der Menses der richtige Zeitpunkt zu wählen. Bacterien-Einwanderung kommt vor, z. B. in der Nase, wo man den Schorf nicht trocken halten kann. Jodol-Einspritzungen sind hier am Platze zum Trockenhalten. Die Zurücklassung von Krebsresten ist unter Umständen nicht zu vermeiden, aber beim Messer ist es ebenfalls nicht anders. Eine ausgiebige Operation ist immer nöthig. Die Electrolyse habe ich niemals in der Nase zur Anwendung gebracht, weil sie sehr langsam wirkt und viele Einzeloperationen erfordert. Microscopische Untersuchungen zur Bestimmung der Natur der Tumoren habe ich nicht regelmässig gemacht, ein Irrthum mag vorkommen. Wenn aber ein Tumor schnell wächst und knollig ist, so ist es das Richtigste, ihn schnell zu entfernen. Recidive nach Brustkrebs entstehen meist, weil zu viel Haut zurückgelassen wird. Die Behandlung der Uterusfibroide nach Apostoli hat mir sehr gute Dienste geleistet, 90 Procent Erfolge; aber sie nimmt mehr Zeit. Ich habe Ströme bis 250 Milliampères angewendet ohne üble Nachwirkungen. Eiterungen habe ich niemals gesehen. Man muss eben genau mit der Methode vertraut sein. Elec-

trolyse bei Harnröhrenstricturen, wenn sie nicht in der Glans penis sich befanden, war in meinen Händen ausnahmslos erfolgreich. Durch das Schneiden der Stricturen wird das Narbengewebe nicht entfernt.

2. Dr. Emil Ries: Demonstration von Gallensteinen, von denen einer im Ductus cysticus eingebettet war, sowie Demonstration eines Präparates von Tuberculose der männlichen Genitalien.

Dr. Ries stellt den Antrag, die Gesellschaft solle der Illinois State Medical Society beitreten. Antrag wird angenommen und der Schriftführer beauftragt, dem Secretär der Society Mittheilung zu machen.

Dr. Hays macht darauf aufmerksam, dass es genügt, Mitglied irgend einer localen med. Gesellschaft zu sein und den Beitrag für das Journal zu bezahlen, um Mitglied der Amer. Medical Association zu werden.

Dr. E. Kunz berichtet über die Biedert'sche Rahmgemenge zur Säuglingsernährung.

Schluss der Sitzung.

Sitzung vom 14. Juni 1900 im Hotel Bismarck.

Präsdium: Dr. Herzog. Gast: Dr. Gilbert. Candidaten: Dr. P. Caspers, Dr. L. Maywit.

Das Protocoll der vorhergehenden Sitzung wird verlesen und genehmigt.

1. Dr. G. Koehler stellt einen Patienten vor, der seit Monaten Schmerzen im Fusse hat und bei dem durch die Röntgenstrahlen-Untersuchung eine Fractur des zweiten Metatarsalknochens nachgewiesen wurde.

2. Dr. Zeit: a. Lieno-medulläre Leukaemie mit Krankenvorstellung und Präparaten. — b. Pathologie der Ureteren-Implantation ins Rectum. Die Pathologie der Ureteren-Implantation ist die Pathologie der Pyelonephritis, wie an einer grossen Anzahl von operirten Hunden zu sehen ist.

3. Dr. Saurenhaus: Demonstration eines Präparates. Fünfunddreissigjährige Nullipara hatte grosse Beschwerden, hatte eine Geschwulst, die als Ovarialtumor angesehen wurde. Die Laparotomie ergab oedematöses Myom des Uterus.

4. Dr. Ries: Demonstration eines Uterus mit Gravidität in einem rudimentären Horn. Die Symptome waren die eines Darmverschlusses: Erbrechen, Verstopfung und Schmerzen im Leibe.

Dr. Gustav Koehler wird als Mitglied aufgenommen.

Schluss der Sitzung.

Sitzung vom 28. Juni 1900 im Hotel Bismarck.

Präsidium: Dr. M. Herzog. Gast: Dr. Swift.

Das Protocoll der vorhergehenden Sitzung wird verlesen und genehmigt.

1. Dr. Carl Beck: Krankenvorstellung. Vorstellung eines Mannes, bei welchem zehn Monate vorher die Ureteren in das Rectum implantirt wurden. Gesundheits- und Kräftezustand seitdem ein besserer, bedeutende Gewichtszunahme, kein Zeichen, welches auf Pyelonephritis hinweist.

Discussion. Dr. Zeit: Meine Schlüsse bezogen sich nur auf Hunde. Beim Menschen ist leichter zu operiren, weil die Theile grösser sind, und weil der Mensch ruhig gehalten werden kann, während der Hund herumläuft. Bei Hunden kam in jedem Falle purulente Flüssigkeit aus der Urethra, in welcher Micrococcen sich befanden. Ob ein Canal zur Aufnahme der Ureteren angelegt wurde oder nicht, bei Hunden waren die Resultate ziemlich gleich. — Dr. Herzog sieht den Patienten zum zweiten Male. Das erste Mal sah er elend aus, jetzt besser. Ein Mann mit 75 kg Gewicht kann mit 75 gr Nierengewebe auskommen. Aus Analogie bei Typhus können wir wohl schliessen, dass die Niere sich reinigen kann. — Dr. Beck sah bei Maydl Fälle, die selbst 5 Jahre nach der Operation noch gesund waren.

2. Dr. Decker demonstrirt ein massives Stethoscop.

Discussion. Dr. Holinger behauptet, dass die hohen und höchsten Töne bei dem soliden Stethoscop verloren gehen.

3. Dr. Holinger demonstrirt ein Knochenstückchen, das er aus der Nase entfernt hatte.

Dr. Fischkin berichtet einen Fall, der ihm unter der Diagnose des Eczems überwiesen wurde, wo jedoch die Haut mit einem Messer in grösserer Ausdehnung (6 x 5 Zoll) abgekratzt war.

Im Anschluss hieran berichtet Dr. Carl Beck den Fall eines jugendlichen Patienten, der einen Metallknopf aspirirt hatte. Nach der vorgenommenen X-Strahlen-Untersuchung bildete sich eine eczemartige Entzündung, die Haut löste sich in grossen Stücken ab, das Corium lag blos, dann verlor der Junge die Haare.

5. Dr. Lieberthal berichtet über einen Fall von Hauthörnern (Angiokeratomata).

Die Candidaten Dr. Caspers und Dr. Maywit werden als Mitglieder aufgenommen.

Schluss der Sitzung.

Sitzung vom 11. October 1900 im Hotel Bismarck.

Präsidium: Dr. Herzog.

Das Protocoll der vorhergehenden Sitzung wird verlesen und genehmigt.

1. Wahl des Vorstandes. Das Ergebniss war: Präsident: Dr. Fuetterer; Vice-Präsident: Dr. Ries; Schriftführer: Dr. Decker; Beisitzer: Dr. Alfred Schirmer und Dr. Saurenhaus.

2. Ein Schreiben der Illinois State Medical Society, in welchem die Gesellschaft um Ernennung eines Comités von 3 "for the good of the profession" ersucht, wird zur Erledigung an den Vorstand verwiesen.

Ein Schreiben, in welchem der Präsident der Illinois State Medical Society die Mitglieder der Gesellschaft zum Beitritt auffordert, wird verlesen.

3. Beschlussfassung über das Festmahl: Auf Antrag von Dr. Memelsdorf wird ein Comité vom Präsidenten ernannt, welchem die ganze Angelegenheit übertragen wird. Das Comité besteht aus den Herren: Memelsdorf, Saurenhaus und Harms.

4. Infolge einer Anregung des Vorstandes werden von den Mitgliedern verschiedene Themata genannt, über die Vorträge in Aussicht gestellt und gewünscht werden. — An einer dabei in Scene gesetzten Debatte betheiligten sich die Herren Kolischer, Herzog, Lieberthal und Welcker.

Dr. Emil Beck erstattet einen kurzen Reisebericht.

Zum Vertreter der Gesellschaft beim Fenger-Bankett wird Dr. Doepfner vom Vorsitzenden ernannt.

Sitzung vom 8. November 1900 im Hotel Bismarck.

Präsidium: Dr. Fuetterer.

Candidaten: Dr. M. Gilbert, Dr. P. Latz.

Das Protocoll der letzten Sitzung wird verlesen und genehmigt.

1. Dr. Saurenhaus. Demonstration eines Präparates: Multiple Myome und Parovarialcyste, welche wegen ihrer Combination von Interesse sind.

2. Dr. Saurenhaus: Ueber eine neue muthmaassliche Ursache der Eclampsie vom klinischen Standpunkt.

Discussion. Dr. Fütterer: Die Annahme der Infection klinge plausibel, eine ähnliche Unklarheit herrscht z. B. bei der Pneumonie ehe man von Bacterien Viel wusste. — Dr. Kolischer: Bei der Annahme der Infection bleiben die Fälle unerklärt, wo wir keine Symptome einer Infection finden. Die Mehrzahl der Fälle heilt, wenn der Uterus entleert ist. Wenn Infection vorhanden, so wird bei blutigen Operationen der Uterus ungünstig beeinflusst; aber Kaiserschnitte bei Eclamptischen sind tadellos verlaufen. Wir finden Fälle, die sich auf rein mechanischer Basis erklären lassen. Wenn ein Kind unter dem eclamptischen Anfall der Schwangerschaft stirbt, so ist damit auch die Eclampsie verschwunden. Wenn es sich um gonorrhoische Infection handelte, so würden viele Frauen erkranken; das geschieht aber nicht. Die Eclamptischen sterben nicht unter den Symptomen einer Infection, sondern unter dem Bilde des uraemischen Coma. Wenn es gelingt, bei einer Eclamptischen die Nierenthätigkeit in Gang zu bringen, so ist dieselbe gerettet. Eclampsie nach der Geburt bietet bessere Prognose. — Dr. Doepfner: Weiss man etwas von Toxnien oder Toxalbuminen, die von den Gonococcen ausgeschieden werden? Ein französischer Forscher injicirte Pyoctyanin, ein aus dem Bacillus pyocyaneus erhaltenes Product, in Thiere und erzeugte Convulsionen. — Dr. Alfred

Schirmer: Entgegen Dr. Kolischer muss ich sagen, dass nach meiner Erfahrung die Eclampsie nach der Geburt eine schlechtere Prognose bietet. — Dr. Kolischer: Die Statistik der grossen Kliniken spricht für die bessere Prognose bei Eclampsie post partum. — Dr. Schalek: Ich glaube nicht, dass dem Herpes labialis eine pathognomonische Bedeutung in infectiösen Krankheiten zukommt. Er entsteht vielmehr durch Erweiterung der Capillaren infolge erhöhter Temperatur. — Dr. Fütterer: Wenn uraemische Zustände die Eclampsie bedingen sollen, so ist unerklärlich, warum Eclampsie nicht auch bei Nichtschwangeren auftritt. — Dr. Hays berichtet einen Fall von Eclampsie nach der Geburt, welcher in 1½ Stunden tödtlich verlief. — Dr. Zeit: Entleerung des Uterus führt in der Regel zum Aufhören der eclamptischen Anfälle; das spricht gegen die bacterielle Natur. Anurie führt eher zum Coma als zur Eclampsie. — Dr. Doepfner: Wenn Toxine die Ursache wären, so böte die durch Entleerung des Uterus geheilte Eclampsie eine gute Erklärung. Durch die Entleerung wird dem Körper Blut entzogen und damit auch die Giftstoffe. — Dr. Carl Beck berichtet einen Fall, der gegen die Injection spricht. In dem Begriffe Eclampsie scheint eine grosse Verwirrung zu bestehen. — Dr. Kolischer: Es giebt verschiedene Formen der Eclampsie. Der klinische Begriff ist aufgeklärt, aber nicht der pathologische. — Dr. Ries: Unser Wissen über die Krankheit ist noch immer ein dürftiges; keine der Theorien ist unanfechtbar. Die Isolirung der Eclamptischen in Hospitälern war auch zwecklos. Die chemischen Theorien sehen aus, als wenn sie mit secundären Stoffen zu thun hätten. — Dr. Fischkin berichtet einen Fall, der die Saurenhaus'sche Theorie stützt. Ein Mann mit Gonorrhoea posterior heirathet trotz Warnung. Ein Jahr später Entbindung mit eclamptischen Erscheinungen. Die Eclampsie dauert noch drei Tage nach der Ausleerung fort. — Dr. Saurenhaus: Die Infectionstheorie ist die einzige, welche alle Symptome aufzuklären im Stande ist. Die Gonorrhoe mag nicht die einzige Ursache sein, aber eine Infection ist stets anzunehmen.

3. Dr. A. Schalek: Moderne Behandlung der Gonorrhoea.

Discussion. Dr. Lieberthal verbreitet sich über Einzelheiten, welche der Vortragende nicht des Näheren erwähnt. Sein Plan ist: Erste Woche ¼—½—1 Procent Protargol. Zweite Woche Largin; dritte Woche bactericide und antiseptische Mittel, als Argonin, Argentamin, Airol, Argentum nitricum; vierte Woche Adstringentien, Zincum sulfuricum etc. Dann Cuprum sulfuricum in 5—20 proc. Lösung, bei dessen Anwendung noch anwesende Coccen sich zeigen. Zuletzt Bismuthum subnitricum als Schüttelmixtur. — Dr. Fischkin: Wir dürfen nicht zu viel von den neuen Mitteln erwarten, weil jedes Mittel, welches bactericide Wirkung hat, gleichzeitig auch andere Gewebe angreift. Auswaschungen erweisen sich im Anfangsstadium oft als nützlich. Oft kommt es durch dieselben zu einer Gonorrhoea posterior. Bei starken entzündlichen Erscheinungen sollte man mit der localen Behandlung etwas warten. Etwas später sind Dehnungen der Urethra indicirt. — Dr. Holinger: Nach meinen Erfahrungen bei Pharyngitis denke ich,

dass man das Protargol stärker anwenden solle; in 3—5 proc. und stärkeren Lösungen. — Dr. Kolischer: Die moderne Behandlung setzt sich kurz gefasst aus 3 Dingen zusammen. 1. Anwendung der Silbersalze. 2. Langdauernde und oftmalige Injectionen. 3. Quantität der Injection muss sich anpassen der Grösse von Penis und Urethra. Zwei Procent Protargol wird schlecht vertragen. — Dr. Schalek: Die Allgemeinbehandlung habe ich nicht erwähnt, weil sie sich in den letzten Jahren nicht geändert hat. Protargol in zweiprocentiger Lösung ist wohl im Anfang zu stark, nicht später. Was die Irrigation betrifft, so beweisen practische Thatsachen, dass nach der Irrigation von heissem Wasser die Schmerzhaftigkeit sich verringert.

4. Dr. Heym: Antrag betr. die Gründung einer Kranken- und Invalidenkasse für Aerzte.

Der Gegenstand wird einer Commission überwiesen, welche aus den Herren Heym, G. Schirmer und Ries besteht.

5. Dr. Decker: Antrag betr. die Errichtung einer Centralstelle zum Nachweise ärztlicher Vacanzen.

Der Schriftführer wird beauftragt, die deutschen med. Vereine des Landes in Kenntniss zu setzen und sie um iher Ansicht und event. Cooperation zu ersuchen.

Der Präsident theilt mit, dass in der letzten Vorstandssitzung als "committee for the good of the profession" die Herren G. Schirmer, Heym und Doepfner ernannt wurden.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Das Bitterwasser „Apenta." Bogoslowsky spricht sich über die mit Apenta gemachten Erfahrungen in folgender Weise aus: Das Bitterwasser Apenta gehört seinem Gehalt an mineralischen Bestandtheilen nach zu der Zahl der stark abführenden Wässer und behält, auf Flaschen gefüllt, eine mehr oder weniger constante Beschaffenheit. Eine methodische Behandlung mit Apenta ist besonders bei Verstopfung anwendbar, die durch Schlaffheit der Därme hervorgerufen wird, und Apenta hat vor anderen Abführmitteln unzweifelhaft den Vorzug, dass es in der Folge keine Verstopfung hervorruft. Bei dieser Form von Erkrankung bewirkt Apenta keine plötzliche Wirkung, sondern je nach der Individualität nach mehreren Stunden. Es ist ersichtlich, dass die erhöhte Thätigkeit der Därme sich auch an den Tagen erhält, an welchen kein Apenta eingenommen wurde. Bei entsprechenden Dosen dieses Wassers sind die Entleerungen reichlich und enthalten eine gehörige Menge von Galle. Die am meisten entsprechende Dosis zur Erzielung eines guten Resultates ist 1 Glas, aber auch schon eine Dosis von ½ Glase, wenn methodisch genommen, hält die Abführung im Gange.

Im Vergleich zu der Wirkung der sonst gebräuchlichsten Bitterwässer wirkt Apenta weicher, weil es weniger Gyps und gar kein Chlor-

magnesium enthält. Diesem Umstande hat man wahrscheinlich die Abwesenheit irgend welcher krampfartiger Schmerzen zu verdanken, welche man im Allgemeinen bei anderen Abführmitteln beobachtet. Gegen mässigen Gebrauch von Apenta ist nichts einzuwenden selbst nicht bei vorgeschrittenem Alter, und auch nicht bei Blutarmuth. Die wirkungsvolle Anwendung des methodischen Heilverfahrens mit Apenta bei allgemeiner Fettsucht ist klinisch erwiesen. Die Untersuchung von Dr. Jacoby über die Assimilation der Fette bei Apenta, angesichts einer gleichzeitigen Abmagerung der Kranken, haben eine wichtige practische Bedeutung und sind der Controlle, resp. dass man sich selbst von der Thatsächlichkeit überzeugt, werth. (No. VI der Arbeiten der Moskauer Abtheilung für Volksgesundheitspflege.)

— Zur Behandlung des Abdominaltyphus. Ohne eine Statistik geben zu können, empfiehlt Richter in Santa Fé, Argentinien, Collegen zur Nachprüfung eine starkdosige Creosotalbehandlung des Typhus abdominalis. Bei reinen Fällen ohne Complication giebt er in jedem Stadium am ersten Behandlungstage Erwachsenen probeweise 3 mal 30 Tropfen in Wein. Wird dieses Quantum gut vertragen — was er noch stets gefunden habe — so geht er sofort zu 3 mal täglich 1 Theelöffel über, und hat bisher noch immer in 3—5 Tagen Fieber etc. schwinden sehen, vorausgesetzt natürlich, dass er es nicht mit Moribunden zu thun hatte. Antipyretica brauchte er dabei nur ausnahmsweise, und dann auch nur im Beginn der Cur. Kaltwasserbehandlung, welche unter Halbwilden so wie so undurchführbar ist, kommt dabei gar nicht zur Verwendung. Darmblutungen bilden keine Contraindication, bedürfen aber natürlich specieller Berücksichtigung. (Berliner klin. Wochenschr. 1901, No. 5.)

— Creosotal bei der Masernpneumonie. Stainer hat mit Creosotal bei einer Masernepidemie gute Resultate erzielt. Nach dreimaliger Wiederholung der gesammten Mixtur von je 5 g des Mittels waren die drohenden Symptome beseitigt. Er ordinirte folgendermaassen:

Rp. Creosotal. 5.0
Spir. camphor.
Spir. Menth. pip. aa 1.0
Syr. simpl. 100.0
M. D. S. Aufschütteln. Alle 6 Stunden 1 Theelöffel.

(Allg. Med. Centralztg. 1900, No. 74, ref. in Therap. Revue der Allg. Wr. med. Ztg. 1901, S. 5.)

— Aqua Fluoroformii. Auf dem Mittelfränkischen Aerztetag in Nürnberg that Stepp des Fluoroforms in folgender Weise Erwähnung: Das Fluoroform hat die Formel Ch Fl_3, ist gasförmig und löst sich in Wasser zu 2,8 Proc. Als Fluoroformwasser — Aqua Fluoroformii — findet es am Krankenbett practische Verwendung und wird 4—5 mal täglich kaffee- bis esslöffelweise gegeben. Es ist nahezu geruch- und geschmacklos und hinterlässt beim Schlucken ein leichtes Kratzen am Gaumen. Die Versuche erstreckten sich auf die verschiedenen Formen der Tuberculose. Es ergab sich, dass von 14 Fällen von

Lungentuberculose 9 äusserst günstig beeinflusst wurden. Es handelte sich um jahrelang bestehende derbe Infiltrate, welche sich nach mehrmonatlicher Behandlung vollständig zurückbildeten unter Nachlass des Auswurfs, Aufhören der Nachtschweisse und Zunahme des Körpergewichtes. Bei 5 Fällen war die Behandlung nach anfänglicher Besserung ohne Erfolg. Es waren dies Fälle mit Cavernenbildung und mit Neigung zum Zerfall des Lungengewebes. Bei peripherer Tuberculose war der Erfolg der Behandlung geradezu auffallend. Bei einem 8jährigen Knaben, welcher seit 6 Jahren an tuberculöser Kniegelenkentzündung mit Fisteln und starker Eiterabsonderung litt, trat nach 2 Monaten Heilung ein. Bei einem 46jährigen Manne, welcher seit 4 Jahren an Tuberculose des rechten Knies litt, trat eine Minderung des Knieumfangs (40 cm) um 2 cm innerhalb 4 Wochen ein unter gleichzeitiger Abnahme der Schmerzen. Ein seit 1 Jahre bestehendes Analgeschwür geht der Heilung entgegen. Von besonderem Interesse ist ein Fall von Lupus. Ein 33jähriges Fräulein leidet seit 28 Jahren an ausgedehntem Lupus des Gesichts. Im Laufe dieser Zeit wurden alle Methoden, über welche der jeweilige Standpunkt der Wissenschaft verfügte, nutzlos versucht. Nach längerer Anwendung des Fluoroformwassers — 100,0 täglich — stiessen sich die lupösen Herde unter vorausgedehnter schmerzhafter Röthung und Schwellung ab und eine grosse Wunde lag zu Tage, welche sich mit normaler Haut bedeckten.

Stepp hält nach diesen Erfahrungen die Wirkung des Fluoroforms auf tuberculöse Infiltrate für sehr wahrscheinlich und will nur die Fälle von Lungentuberculose ausschliessen, welche Cavernen zeigen und zu raschem Zerfall neigen. (Münchener Med. Wochenschr. 1899, No. 29.)

— Zur Sperminbehandlung. Hierüber schreibt Martin A. H. Thelberg Folgendes: Wie bekannt hat Poehl aus dem Hodensaft eine mit ausgesprochen oxydirenden Eigenschaften versehene Substanz isolirt, der er den Namen Spermin beilegte. Weitere Untersuchungen erwiesen, dass dieser Körper in geringer Menge sich im Blute und in den meisten Drüsen ohne Ausführungsgängen vorfindet und zwar sowohl beim männlichen, wie beim weiblichen Geschlechte. Daher nimmt Poehl Veranlassung, das Spermin als ein Zersetzungsproduct der Nucleoalbumine und speciell der Leucocyten anzusehen. Das Spermin wirkt entschieden oxydirend auf das Blut und bewirkt nicht nur eine stärkere Leucocytose, sondern erhöht zugleich auch die Alkalescenz des Blutes, wodurch seine therapeutische Verwendung bei allen Krankheiten, bei denen diese Alkalescenz eine verminderte ist, wie bei Diabetes, Nephritis, Carcinomatose, Tabes, harnsaurer Diathese, Neurasthenie etc. begründet ist. Th. giebt nun die Krankengeschichten von zwei mit Spermin behandelten Fällen bekannt, bei denen Suggestion sicher auszuschliessen ist, umsomehr als die Patienten weder Namen, noch Natur, Herkunft und Preis des Mittels kannten, mit dem sie behandelt wurden. Th. hat ausschliesslich eine zweiprocentige sterilisirte wässerige Lösung des Poehl'schen salzsauren Spermins benutzt und zwar auf subcutanem Wege.

Der erste Fall betrifft einen 42jährigen Junggesellen, Neurotiker und Potator. Die Anamnese ergab, dass verschiedene Anfälle von specifischer Urethritis vorausgegangen waren, die Stricturen im Gefolge hatten. Pat. kam in Th.'s Behandlung vor ca. einem Jahre; seine Klagen betrafen theils die Stricturen, vorzugsweise jedoch seine partielle Impotenz. Eine Erection fand überhaupt nicht statt, nur Samenergüsse, hervorgerufen durch Manipulationen von Seiten des weiblichen Theiles. Sondenbehandlung, Strychnin und Phosphor, die verschiedenen Aphrodisiaca und Diätvorschriften besserten den Zustand. Da jedoch damit immer noch kein genügender Erfolg erzielt wurde, wurde Pat. angewiesen, sich für eine Woche einer jeden geschlechtlichen Aufregung zu enthalten, und während dieses Zeitraumes wurde täglich 1 ccm Poehl'scher Sperminlösung subcutan injicirt. Der Erfolg war ein dermaassen zufriedenstellender, dass Pat. immer noch von Zeit zu Zeit Th. um eine Sperminjection ersucht, und zwar so oft er die Ausübung des Coitus beabsichtigt.

In dem zweiten Fall handelte es sich um einen 43jährigen Mann, starker Esser und Trinker. Da Pat. viele Jahre hindurch in Baccho et Venere stark gesündigt hatte, war nicht nur eine chronische interstitielle Nephritis aufgetreten, sondern auch in den letzten Jahren eine immer stärker sich bemerkbar machende Abnahme der geschlechtlichen Potenz. Behandlung bestand auch in diesem Falle in periodischer Sondenbehandlung, tonischen Mitteln, Diät und Verbot alcoholischer Getränke. Schliesslich wurde zur subcutanen Anwendung des Spermins geschritten. Obwohl bis jetzt von letzterem im Ganzen nur 8 Ampullen zur Anwendung kamen, ist doch Pat. mit dem erzielten Resultate äusserst zufrieden. (International Med. Magazine, 1900, No. 11.)

Kleine Mittheilungen.

— Im Laufe des verflossenen Monates besuchte Herr Dr. M. Gerstl befreundete Collegen in unserer Stadt. Dr. Gerstl war längere Zeit hindurch in holländischen Diensten, in verschiedenen Colonien, zuletzt in Curaçao. Er geht jetzt nach Karlsbad, wo er heimisch zu werden gedenkt und wo hoffentlich eine grosse Praxis seiner wartet. Eine grosse Anzahl hiesiger Collegen hat Herrn Dr. Gerstl ein herzliches Entgegenkommen gezeigt, und die tüchtige, gerade Art, die hervorragenden wissenschaftlichen Kenntnisse des Herrn Dr. Gerstl haben ihm schnell viele Freunde erworben, die seiner auch über das Meer gedenken werden.

— Der 30. Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet in Berlin vom 10. bis 13. April d. J. statt. Die Sitzungen werden mit nachstehenden Vorträgen eröffnet werden: Mittwoch, den 10. April. Küster-Marburg: Die Nierenchirurgie im 19.

Jahrhundert. Ein Rück- und Ausblick. v. Bruns-Tübingen: Ueber die Castration bei Hodentuberculose. Th. Kocher-Bern: Bericht über das zweite Tausend Kropfexcisionen; zur Operation der Struma intrathoracica; zur nichtoperativen Behandlung des Kropfes. Donnerstag, den 11. April. Schjerning-Berlin: Die Schussverletzungen der modernen Feuerwaffen. v. Mikulicz-Breslau und Bier-Greifswald: Die verschiedenen Methoden der Schmerzbetäubung und ihre Indicationen. Henle-Breslau: Pneumonie nach Laparotomie. Freitag, den 12. April. M. Jordan-Heidelberg: Ueber den Aufbau der Carcinome. Nils Sjöbring-Lund: Ueber Krebsparasiten. Samstag, den 13. April. v. Eiselsberg-Wien. (Thema vorbehalten.) Rehn-Frankfurt a. M.: Ueber chirurgische Behandlung der acuten Appendicitis. Heusner-Barmen: Behandlung der Contracturstellung nach Entzündung des Kniegelenkes (mit Krankenvorstellung). Kausch-Breslau: Ueber congenitalen Hochstand der Scapula. Ziemssen-Wiesbaden: Nachbehandlung der Kriegsinvaliden und Unfallverletzten an Badeorten.

— Der 7. Congress der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft wird am 28., 29. und 30. Mai in Breslau abgehalten werden. Der Schwerpunkt des Congresses wird auf Demonstrationen von Kranken gelegt werden. Die ersten zwei Vormittage sind hierfür reservirt. Als Hauptthemata sind in Aussicht genommen, und zwar für den ersten Nachmittag und den dritten Vormittag: 1. Eine Discussion über die Beziehungen von Hautaffectionen zur Vertheilung der Nerven an der Hautoberfläche, insbesondere zu der durch eine Reihe neuerer Arbeiten in den Vordergrund gerückten spinalen Metamerie. II. Referate. 1. Ueber Röntgentherapie (Dr. Schiff-Wien). 2. Ueber Finsentherapie (Prof. Finsen). 3. Ueber die Verwendbarkeit hochgespannter Ströme für die Therapie (Dr. Freund-Wien). Diese Referate werden nach Möglichkeit durch Demonstrationen von Kranken, Apparaten etc. ergänzt werden.

— Der englische Tuberculose-Congress, welcher, wie der Berliner vom Mai 1899 und der Neapler vom April 1900, sich mit der practischen Bekämpfung der grossen Volksseuche beschäftigen soll, findet in den Tagen vom 22. bis 26. Juli ds. J. in London, Queen's Hall, statt und wird in Gegenwart des Königs von England feierlich eröffnet werden. Voraussichtlich werden Delegirte aller civilisirten Länder theilnehmen. Er zerfällt in vier Sectionen: 1. Staatliche Fürsorge; 2. Behandlung, einschliesslich Heilstättenwesen; 3. Pathologie, einschliesslich Bacteriologie; 4. Tuberculose bei Thieren. Der Congress, mit welchem eine Fachausstellung verbunden sein wird, soll aus Ehrenmitgliedern, Delegirten und Mitgliedern bestehen. Ehrenmitglieder sind die Abgesandten fremder Regierungen und Universitäten. Delegirte und ordentliche Mitglieder erhalten ihre Theilnehmerkarte gegen Einsendung von 20 Mark an den Generalsecretär des Congresses. Die Inhaber einer Mitgliederkarte haben Zutritt zu allen Versammlungen des Congresses und haben Anspruch auf den Congressbericht und andere Veröffent-

lichungen. Als officielle Sprache sind English, Französisch und Deutsch zugelassen. Jeder einleitende Vortrag einer Section darf bis zu 30 Minuten dauern, die weiteren bis 10 Minuten. Die Anmeldung der Vorträge unter Beifügung eines kurzen Auszuges hat spätestens bis zum 15. Juni beim Generalsecretär des Congresses, London, Hanover Square 20, zu erfolgen. (Allgem. Wiener med. Zeitung, 1901, No. 9.)

Alle Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen, Manuscripte und Anfragen bezüglich des Inhalts sind zu richten an:

Dr. A. RIPPERGER,
126 East 122d St., New York City.

Schieffelin's Medicated Soaps

are made from pure, neutral, white soap, and contain no sugar, starch, silicate or filling material, and no coloring or pigment is added.

We guarantee that the percentage of medicament has been added as per label, and that the soap is thoroughly mixed. A descriptive pamphlet mailed to applicants.

Schieffelin & Co., New York.

Digitized by Google

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XIII. New York, April 1901. No. 4.

ORIGINALARBEITEN.

Einige Bemerkungen über practische Harnanalyse.*)

Von Dr. Louis Heitzmann.

Obgleich es wenige Aerzte geben dürfte, welche nicht fortwährend Harnuntersuchungen machen, begnügen sich auch heute noch die meisten mit chemischen Analysen auf Eiweiss und Zucker und microscopischer Untersuchungen auf Cylinder. Wenn Eiweiss vorhanden ist, wird nicht selten die Diagnose einer Nephritis gemacht ohne das Microscop zu Hülfe zu nehmen, während wieder die Anwesenheit einer Nephritis sofort ausgeschlossen wird, wenn diesbezügliche microscopische Untersuchungen keine Cylinder nachweisen lassen, und begnügt man sich dann häufig mit der Diagnose einer physiologischen oder cyclischen Albuminurie.

Obwohl der Nachweis von selbst geringsten Mengen Eiweiss in den meisten Fällen von pathologischer Bedeutung ist, sollte man unter keinen Umständen sofort daraus schliessen, dass es renalen Ursprunges sei, da die Anwesenheit von Eiterkörperchen oder Blutkörperchen im Harne allein genügt, ein positives Resultat zu erzielen, und bei einer einfachen Cystitis, Prostatitis, Urethritis oder Vaginitis Eiweiss gewöhnlich vorhanden ist. Andererseits ist es bekannt, dass zuweilen selbst bei schweren Nierenaffectionen, wie z. B. bei Cirrhosis, Eiweiss oft nur in ganz geringen Mengen gefunden wird, ja, dass dasselbe manchmal überhaupt nicht nachgewiesen werden kann.

*) Nach einem in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 4. Februar 1901 gehaltenen Vortrag.

Es ist deshalb klar, dass die Diagnose einer Nephritis nie ohne Microscop gemacht werden darf, jedoch ist nicht zu vergessen, dass die Abwesenheit von Cylindern eine Nephritis nicht ausschliesst, da in den meisten Fällen von catarrhalischer oder interstitieller Nephritis Cylinder nicht vorhanden sind, und selbst bei Nierenschrumpfung — Cirrhose — Cylinder nur selten, und dann in spärlicher Anzahl gefunden werden. Es ist leider eine Thatsache, dass eine, selbst längere Zeit dauernde Nierenentzündung, oft genug nicht diagnosticirt wird, nur weil keine Harncylinder nachgewiesen werden können, und selbst bei solchen Fällen, bei welchen die klinischen Symptome auf eine Nierenerkrankung hinweisen, die Diagnose verworfen wird, weil mehrfache Harnuntersuchungen keine Cylinder ergeben. Die Autopsie zeigt dann erst das Vorhandensein einer interstitiellen Nephritis.

Einerseits wird die Diagnose einer Nephritis nicht immer gestellt, wenn dieselbe vorhanden ist, andererseits kommt es nicht selten vor, besonders bei Lebensversicherungsuntersuchungen, dass anscheinend vollkommen gesunden Individuen gesagt wird, ihr Harn enthalte Eiweiss und Cylinder, obgleich bei späteren Harnuntersuchungen weder ersteres noch letzteres gefunden werden. Trotz der grossen Anzahl verschiedener Eiweissproben, welche in Lehrbüchern angegeben werden, kommt es nicht selten vor, dass ein Beobachter ein positives Resultat, ein anderer jedoch bei demselben Falle ein negatives Resultat erzielt. Dasselbe gilt von Cylindern; während der Eine hyaline und granulirte Cylinder zu finden vermeint, kann der Andere nur die Abwesenheit beider constatiren.

Vor mehreren Monaten stellte Herr Dr. Toeplitz in dieser Gesellschaft einen Fall von Halsrachenoedem in Verbindung mit Nephritis vor. Es handelte sich um einen 32jährigen kräftigen Mann, bei welchem sich auf beiden Seiten des Nasenrachenraumes je ein Wulst so gross wie eine Wallnuss fand, die bis in die Mitte des Septums hinanreichten und die Nase von hinten und die eustachische Röhre und den Nasenrachenraum verschlossen. Er schnitt ein, es kam jedoch nur reine Flüssigkeit heraus. Während der Behandlung fand er aus, dass Patient sich etwa vier Monate vorher versichern lassen wollte, aber von zwei Versicherungsgesellschaften zurückgewiesen wurde, da, wie der Befund ergab, sich geringe Spuren Eiweiss

und granulirte Cylinder im Harne fanden. Patient hatte klinisch jedoch nie irgend welche Symptome einer Nephritis gezeigt.

Schon damals bezweifelte ich die Richtigkeit der Diagnose Nephritis auf Grund des Harnbefundes, welcher von geringen Mengen Eiweiss und der Anwesenheit von hyalinen und granulirten Cylindern sprach, jedoch ausdrücklich erwähnte, dass keine Leucocyten und keine Epithelien vorhanden seien. Bei der Nachprüfung ergab sich ein leichter Niederschlag beim Kochen des Harnes, der sich jedoch bei Zusatz von Säure sofort wieder löste, — also Phosphate und nicht Eiweiss, — während microscopisch weder Eiterkörperchen noch Epithelien vorhanden waren, welche Thatsache allein schon genügt, wahre Cylinder auszuschliessen. Es fanden sich jedoch Bacterien und Schleimfäden, welch' erstere stellenweise in Gruppen gelagert, granulirte Cylinder, welch' letztere als Cylindroide, hyaline Cylinder vortäuschten.

Es ist auch jetzt noch für Viele eine offene Frage, welche Eiweissproben die besten sind. Während Einige nur kalte Proben befürworten, gebrauchen Andere nur Kochproben, jedoch gewöhnlich mit Zusatz von Salpetersäure. Gegen Kochproben wird geltend gemacht, dass sich bei Anwesenheit von Phosphaten sofort ein Niederschlag bildet, der von manchen als Eiweiss angesehen wird, ohne sich erst durch Säurezusatz von der Richtigkeit derselben zu überzeugen, während bekanntlich die H e l l e r'sche Ringprobe, welche von allen kalten Proben am meisten angewendet wird, unzuverlässlich ist, da eine durch Harnsäurefällung entstandene braune Trübung häufig mit dem Eiweissring verwechselt wird. Die Salpetersäure-Kochprobe ist nicht verlässlich, da, falls der Harn nur geringe Mengen Eiweiss enthält, diese nicht ausfallen wenn zu viel Säure zugesetzt wird, andererseits, durch zu geringen Zusatz von Salpetersäure das Albumin als Albuminat in Lösung bleibt.

Die einfachste und sicherste Eiweissprobe ist unter allen Umständen die Kochprobe mit Zusatz von verdünnter Essigsäure. Man setzt dem gekochten Harne zwei oder drei Tropfen einer aus Acidum aceticum glaciale und Aqua āā partes aequales bestehenden Lösung hinzu, und falls kein ausgesprochener Niederschlag oder sofort sichtbare Trübung auftritt, vergleicht man den gekochten, mit in ein zweites Reagensglas

gefülltem ungekochten Harn bei mässig starkem Lichte. Man kann bei dieser Methode die geringsten Spuren Eiweiss nachweisen, selbst wenn andere Proben im Stiche lassen. Bei Fällen von einfacher Hyperaemie oder Reiz des Nierenbeckens, bei bestehender Lithaemie oder Oxalurie, wenn microscopisch Eiterkörperchen und rothe Blutkörperchen vorhanden sind, und man geringe Mengen Eiweiss erwarten muss, lassen nicht selten die Salpetersäureproben im Stich, während Essigsäure Spuren aufweist.

Während chemische Proben unzweifelhaft von grosser Wichtigkeit sind, muss doch das Microscop jedesmal zu Hülfe genommen werden, um positive Diagnosen aus dem Harnbefund zu stellen. Solche Diagnosen können jedesmal gestellt werden, wenn Eiterkörperchen oder Blutkörperchen vorhanden sind, da Epithelien des erkrankten Organs immer abgeschwemmt werden, und durch dieselben eine Diagnose mit Sicherheit gemacht werden kann. Es würde zu weit führen, hier alle die verschiedenen Epithelien aus den Harngeschlechtsorganen, welche im Harne gefunden und diagnosticirt werden können, zu besprechen, und genügt es zu erwähnen, dass die Grössenverhältnisse derartige sind, dass man bei der grössten Mehrzahl der Epithelien bestimmt erkennen kann, aus welchem Organ sie stammen. Um dies zu ermöglichen, muss man jedoch nicht nur die Art der Epithelien, ob Platten-, cubisches- oder Cylinderepithel, im Auge behalten, sondern auch wissen, welche Epithelien in dem betreffenden Organ vorhanden sind, und dann nicht vergessen, dass bestimmte Veränderungen in den Epithelien durch die wässerigen Bestandtheile des Harnes constant vor sich gehen. Da diese Veränderungen jedoch in allen Epithelien vorkommen, können dieselben die Diagnose nicht beeinflussen.

Die wichtigsten Epithelien sind unter allen Umständen die Nierenepithelien aus den Harnröhren. Sämmtliche Harnröhrchen haben eine einfache Lage von Epithelien; in den gewundenen Harncanälchen findet man cubische Epithelien, in den engen Röhrchen theilweise cubisches, theilweise flaches Epithel, während die Sammelröhrchen hauptsächlich von Cylinderepithel bekleidet sind. Diese Nierenepithelien sind die kleinsten, welche man im Harne findet. Flache und cubische Epithelien der Niere lassen sich im Harne nicht von einander unterscheiden, während die cylindrischen Epithelien deutlich

als solche erkennbar sind. Die Epithelien der gewundenen und engen Harncanälchen sind stets ein Drittel grösser als die Eiterkörperchen des betreffenden Falles. Um dieselben zu erkennen, müssen wir zuerst die Eiterkörperchen oder Leucocyten diagnosticiren, welche in jedem Falle etwas an Grösse variiren und die kleinsten granulirten Körper sind. Hat man dieselben gefunden, so ist es leicht, Nierenepithelien, ein Drittel grösser als die Eiterkörperchen, zu erkennen. Die An- oder Abwesenheit eines Kernes ist vollständig gegenstandslos. Obwohl die Eiterkörperchen eines bestimmten Falles ebenfalls einen geringen Grössenunterschied zeigen können, so ist derselbe doch nie so ausgesprochen, um dieselben mit Nierenepithelien zu verwechseln. Die kleinsten Cylinderepithelien stammen aus den Sammelröhren.

Die Anwesenheit von Nierenepithelien beweist immer irgend einen pathologischen Process der Niere; in einem normalen Harne werden dieselben nie angetroffen. Um eine catarrhalische oder interstitielle Nephritis zu diagnosticiren, genügt die Anwesenheit von rothen Blutkörperchen, Eiterkörperchen und Nierenepithelien. Cylinder sind in leichteren Fällen von Nephritis nie vorhanden, und ist es ein grober Fehler, das Bestehen einer Nephritis zu läugnen, nur weil keine Harncylinder vorhanden sind.

Bei schwereren Fällen, wie z. B. bei Cirrhose, findet man ausserdem eine geringe Menge von Bindegewebstrümmern, und bei allen chronischen Fällen neugebildete Fettkörnchen und Körperchen. Letztere sind ein secundäres Product des Protoplasmas und bei allen chronischen Entzündungen des Harngeschlechtsapparates im Harne vorhanden. Auch bei Nierenabscess, welcher leicht genug aus dem Harne diagnosticirt werden kann, brauchen Cylinder nicht anwesend zu sein. Hier findet man eine grosse Anzahl Eiterkörperchen, Nierenepithelien und grössere Bindegewebstrümmer, welche auf eine Gewebszerstörung hinweisen.

Bei croupöser oder parenchymatöser Nephritis sind Harncylinder jedesmal vorhanden, und findet man wahre Cylinder nur bei diesen Processen. Es wird behauptet, dass, obwohl Cylinder gewöhnlich auf pathologische Processe der Nieren hinweisen, man dieselben bei vollkommen normalen Nieren finden kann, in Harnen, in welchen überhaupt keine Eiterkörperchen oder Epithelien vorhanden sind, sowohl wie aus den

Samenröhrchen der Hoden. Wenn dies richtig ist, wissen wir heute noch nicht, was Cylinder für Gebilde sind. Hier scheint mir die Schwierigkeit nur im Differenziren von wahren und falschen Harncylindern zu liegen. Wahre Cylinder stammen jedesmal aus den Harnkanälchen und sind die Producte eines albuminösen Exsudates aus den Blutgefässen plus verquollenen disintegrirten Epithelien.

Mit Ausnahme der amyloiden Cylinder ist die Structur derselben immer die gleiche, ob sie nun hyalin sind, oder Epithelien, Blutkörperchen, Körnchen oder Fettkügelchen enthalten. Hyaline, Epithel-, Blut-, körnige-, Fett- und Amyloidcylinder sind die einzigen wahren Cylinder, welche angetroffen werden, und findet man die ersten drei Arten bei acuter, die letzten drei bei chronischer parenchymatöser Nephritis. Wahre körnige Cylinder entstehen durch den Zerfall der Epithelien und kann man nicht selten die Ueberreste der Epithelien in demselben Cylinder finden. Solche Cylinder findet man gewöhnlich erst, nachdem die Entzündung sechs Wochen oder zwei Monate angedauert hat, obwohl sie ausnahmsweise, besonders bei Nephritis nach contagiösen Erkrankungen, wie Scharlach und Diphtherie schon in der zweiten oder dritten Woche der Nierenentzündung angetroffen werden können.

Fettcylinder sind secundäre Producte von Epithel- und körnigen Cylindern, und bedeuten, wenn sie in grosser Anzahl vorhanden sind, nicht nur einen chronischen Process, sondern eine fettige Entartung der Niere. Amyloidcylinder, welche chemisch von allen anderen wahren Cylindern verschieden sind, beweisen immer eine amyloide Entartung der Niere, und werden bei chronischen constitutionellen Erkrankungen, wie Tuberculose und Syphilis, angetroffen. Es ist entschieden ein Irrthum, wenn man glaubt, dass dieselben keine besondere Bedeutung haben, bei acuten Entzündungen gefunden werden, oder gar, wie einige Lehrbücher angeben, in Fällen, wo überhaupt keine Nephritis vorhanden ist.

Unter Epithelcylinder verstehen wir nicht abgelöste Epithelröhren, sondern mit Epithelien besetzte Hyalincylinder. Die Blutcylinder zeigen eine Blutung in der Niere an; wenn dieselben längere Zeit in den Harnröhrchen zurückgehalten waren, verlieren die Blutkörperchen ihre Gestalt, und gewinnt der Cylinder das Aussehen eines dunkel rothbraunen, körnigen, cylindrischen Häufchens. Zu erwähnen wären hier noch soge-

nannte Eitercylinder, welche als Conglomerate von Eiterkörperchen überhaupt keine wahren Cylinder vorstellen.

Die Grösse der Harncylinder ist recht verschieden und hat einen beträchtlichen prognostischen Werth. Die schmalsten Cylinder stammen aus den engen Harncanälchen, während die von mittlerer Grösse aus den gewundenen Röhrchen zweiter Ordnung stammen. Cylinder aus den gewundenen Röhrchen erster Ordnung, das heisst aus denjenigen, die direct von der Capsel der Glomeruli entspringen, werden selbstverständlich nie im Harne erscheinen können, indem sie die engen Röhrchen nicht zu passiren vermögen. Die grössten Cylinder stammen aus den geraden Sammelröhren. Die mildesten Grade der Erkrankung zeigen die schmalsten Cylinder mit einer geringen Menge von solchen aus den gewundenen Röhrchen an, während eine grössere Anzahl der letzteren einen mässigen Grad der Entzündung beweisen, und die Diagnose einer croupösen Nephritis in der Rindenschicht rechtfertigen. Cylinder aller drei Grössen gestatten die Folgerung, dass das gesammte Organ befallen ist, und ist die Prognose in solchen Fällen eine recht ungünstige.

Nach dem soeben Gesagten ist es klar, dass man wahre Cylinder im Harne nie ohne andere Entzündungsproducte, wie rothe Blutkörperchen, Eiterkörperchen und Epithelien finden kann. Nicht selten liest man jedoch Berichte über Harnuntersuchungen, in welchen ausdrücklich erwähnt wird, dass weder Eiterkörper noch Epithelien vorhanden seien, hyaline und granulirte Cylinder in mässiger Anzahl aber gefunden wurden, und wird auf Grund dieses Befundes die Diagnose einer parenchymatösen Nephritis gestellt. Wenn man einen solchen Harn sorgfältig untersucht, findet man eine kleine oder mässige Anzahl blasser Gebilde, welche auf den ersten Blick unzweifelhaft Hyalincylinder vortäuschen, bei welchen man jedoch, nach scharfer Einstellung, ganz feine, blasse Fädchen bemerkt, die das Gebilde durchziehen, und kann man dieselben manchmal erst klar sehen, nachdem man das Licht mehr oder wenig beschattet. Diese Bildungen sind keine wahren Cylinder, sondern Cylindroide oder Schleimcylinder, das heisst Schleimfäden in Gestalt von Cylindern. Dieselben können aus jedem Theil des Harngeschlechtstractes kommen und sind vollkommen unabhängig von Nephritis. Schleim, welcher in jedem Harne normal vorhanden ist, wird bei irgend welchen Reizungen oder

Entzündungen, besonders aber bei solchen des Genitaltractes, vermehrt. Obwohl solche Cylindroide manchmal recht lang, unregelmässig und spitz zulaufend sind, können sie auch eine ganz regelmässige Gestalt annehmen, und ist eine Verwechslung mit hyalinen Cylindern dann sehr leicht, um so mehr da letztere bisweilen ebenfalls spirale Windungen zeigen, was wohl daher rührt, dass sie im spiralen Abschnitt des aufsteigenden Schenkels der engen Röhrchen entstanden sind. Dass solche Cylinder keine specielle Bedeutung haben, braucht wohl kaum erwähnt zu werden.

Betrachten wir uns nun die sogenannten körnigen Cylinder bei Fällen, in welchen sonst keine Entzündungserscheinungen vorhanden sind. Wir wissen, dass harmlose Bacterien sehr bald im Harne auftreten, und ist dies besonders bei wärmerem Wetter und in weiblichen Harnen der Fall. Diese Bacterien können sich mit Leichtigkeit auf Schleimfäden festsetzen und granulirte Cylinder vortäuschen. Wenn man jedoch etwas Vorsicht anwendet und genau einstellt, wird man bald genug zu der Ueberzeugung kommen, dass man es hier mit Coccen zu thun hat. Die bei körnigen Cylindern gewöhnlich scharf hervortretenden Contouren des Cylinders sind bei diesen Bacteriencylindern nicht wahrzunehmen. Einzelne Coccen und unregelmässige Gruppen, die bei solchen Fällen immer vorhanden sind, machen die Diagnose noch klarer.

Zum Schlusse möchte ich noch vor dem Gebrauch der Centrifuge warnen, welche seit Jahren viel angewandt wird, und durch welche die soeben beschriebenen Irrthümer noch häufiger gemacht werden. Bei einem centrifugirten Harne findet man hauptsächlich Schleim und Bacterien in grosser Anzahl, und Schleimcylinder sind recht zahlreich. Da jedoch die Centrifuge keine wirklichen Vortheile über die alte Methode der 6 oder 12stündigen Sedimentirung bietet, die Nachtheile aber gross sind, sollte sie nur dann gebraucht werden, wenn auf Bacterien, z. B. Tuberkelbacillen, untersucht werden soll, welche nach dem Centrifugiren gewiss in grösserer Anzahl vorhanden sind. Eiterkörperchen, Epithelien, Cylinder u. s. w. findet man nach der alten Sedimentirungsmethode ebenso zahlreich, und ist die Gefahr von Irrthümern eine erheblich geringere.

39 West 45. Strasse.

Die Behandlung der Mittelohreiterung.*)

Von Dr. J. Holinger.

M. H. Die Routinebehandlung der Mittelohreiterung ist rasch abgethan. Zuerst wird mit einer lauwarmen, gesättigten Borsäurelösung der Gehörgang ausgespritzt, dann Luft durch die Nase in die Ohren getrieben, das Ohr ausgetrocknet, und schliesslich trockenes Borsäurepulver eingeblasen. Diese Procedur ist nicht ganz so einfach, wie sie aussieht. Zuerst muss die Lösung angenehm warm sein, d. h. nicht unter 100 und nicht über 110° haben. Als Spritze benutze ich eine solide Stempelspritze von 100 ccm Inhalt. Sie ist zwar schwer zu bekommen, aber hat dafür auch Vortheile. Das Ausspritzen geschieht bei zurück- und nach oben gezogenem Ohr senkrecht zur Medianebene. Die ganze Procedur wird von Patienten nach einmaliger Anleitung und Demonstration selten correct durchgeführt. Deshalb besorge ich alles selbst, und habe die Genugthuung, dass viele Ohren, welche vorher für Jahre gelaufen haben, und gespritzt und eingeträufelt wurden, schon nach zwei bis drei oder höchstens fünf bis acht Behandlungen trocken sind.

Ein Wort über andere Behandlungsmethoden, besonders die sogenannte trockene Behandlung, welche von Berlin aus empfohlen wird, dürfte nicht vollständig übergangen werden. Sie besteht darin, dass nicht ausgespritzt, sondern nur trocken ausgewischt wird. Ich habe dies und vieles andere probirt in Kliniken und Privatpraxis. Nach mehreren längeren und kürzeren Irrfahrten bin ich jedesmal wieder froh in den sicheren Hafen der B e z o l d'schen Behandlung zurückgekehrt. Selbstverständlich ist damit nicht gemeint, kritiklos daraufloszuspritzen, sondern wenn nur noch Spuren von Flüssigkeit im Ohr gefunden werden, wird die Spritze bei Seite gelegt, weil sie dann reizt.

Soviel über die Behandlung der uncomplicirten, acuten oder chronischen Mittelohreiterungen. Sobald wir jedoch zu den Complicationen kommen, verlassen wir das rein therapeutische Gebiet und kommen in die Diagnostik hinein. Zuerst betrachten wir die Complication der acuten und chronischen Eiterun-

*) Vorgetragen am 14. März 1901 in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft von Chicago.

gen bei Kindern, dann bei Erwachsenen. Die häufigste Ursache des Misserfolges der Behandlung der acuten sowohl wie der chronischen Eiterungen bei Kindern sind local die Nasen- und Nasenrachencatarrhe, und die Allgemeinerkrankungen, welche unter der Flagge von Dyscrasien, wie Scrophulose, Anaemie etc. segeln. Dabei ist nicht zu vergessen, dass die einen durch die anderen bedingt sein können, insofern, als häufig mit der Entfernung der dritten oder L u s c h k a'schen Mandel die Nasen-, Nasenrachencatarrhe, die Ohreneiterung und sogar die Dyscrasien schwinden. Die Diagnose sowohl wie die Operation der Adenoide ist nicht schwer und sollte vom allgemeinen Practiker gemacht werden, jedenfalls wäre das sicherer als eine grosse Menge von Mastoidoperationen in den Händen von allgemeinen Chirurgen, welche die Patienten mit schlechtem Gehör und eiternden Ohren als „geheilt" entlassen. Es giebt Aerzte, welche die Entfernung der adenoiden Vegetation als Specialistenpfad bekritteln und belächeln. Ich stelle sie in die gleiche Linie mit den Impfgegnern, und versuche nicht, sie zu überzeugen, denn sie können nicht überzeugt werden, weder durch Zahlen, noch durch Resultate, noch durch Argumente. Ich wiederhole also, die Behandlung von acuten oder chronischen Mittelohreiterungen im Kindesalter ist von vornherein aussichtslos, so lange auch nur kleine Schwellungen der Rachendachtonsille vorhanden sind.

Oft genügt die Auskratzung des Nasenrachenraumes allein, um ohne Weiteres die Eiterung zum Stillstand zu bringen, oft sind andere Eingriffe nöthig. Sind Granulationen an irgend einem Theil der Wand des Mittelohres sichtbar, müssen sie mit Causticis oder Alcohol, am besten mit der Curette entfernt werden. Der folgende Fall hat mir vor ca. einem Monat viel zu schaffen gemacht:

Ein Mädchen von 12 Jahren hatte schon vor 8 Jahren eine Mittelohreiterung, und im November einen neuen Anfall. Sie wurde sehr sorgfältig und regelmässig behandelt, jedoch ohne Erfolg. Von der Vermuthung ausgehend, die Perforationsöffnung sei zu eng, machte ich eine weite Paracentese. Zuerst schien das zu helfen, bald aber trat der vorige Zustand wieder ein, nämlich trichterförmige Ausbuchtung des Trommelfells, an der Spritze des Trichters befand sich eine stecknadelkopfgrosse Perforation, mit einer Granulation ventilartig verschlossen. Der Rest der 1 cm langen Incision war sofort wieder verheilt. Als schliesslich die ganze Umgebung der Perforation wegge-

kratzt war, hörte die Eiterung auf und das Trommelfell vernarbte in wenig Tagen.

Im Grossen und Ganzen habe ich den Eindruck, dass bei Kindern die Otitiden, auch die so gefürchteten Scharlachotitiden, nicht ab ovo, sondern mehr aus accidentellen Ursachen jeder Behandlung gegenüber so refractär sind; z. B., wie schon hervorgehoben, wegen Adenoiden, oder weil das Kind schlecht und unzweckmässig ernährt wird, desshalb der Allgemeinzustand ein schlechter ist und schliesslich, weil oft die Behandlung mit allerlei Einträufelungen und Einspritzungen eine absolut unzweckmässige ist.

Besonders bei sehr heruntergekommenen Kindern kommen leicht s e c u n d ä r e V e r ä n d e r u n g e n der Auskleidung des Mittelohres und Antrum vor. Das Epithel wird e p i d e r m i s a r t i g und v e r h o r n t. Damit wären wir beim Capitel Cholesteatom angelangt, das ich hier nicht in extenso ausführen kann und will. Wer sich dafür interessirt, dem stehen Sonderabdrücke einer früheren Arbeit zur Verfügung. Bei einfachen Otitiden der Erwachsenen feiert die oben besprochene Routinebehandlung ihre Triumphe, und ich will keine dankbareren Patienten als diejenigen, welche mit Lysol, Carbol, Silbernitrat etc. so und so lange behandelt wurden. In 4—5 Behandlungen kommt oft eine solche Eiterung, welche Monate lang gedauert hat, zum Stillstand, und das Gehör bessert sich zusehends, mit der Ausnahme der Influenzaotitis. Bei diesem interessanten Bild sei es mir erlaubt, eine Zeit lang zu verweilen. Die Influenzaotitis ist ab ovo eine schwere Erkrankung. Sie ist eine haemorrhagische Otitis. Im besten Falle bilden sich unter grossen Schmerzen auf dem Trommelfell oder im äusseren Gehörgang Ecchymosen. In anderen Fällen wird die Epidermis abgehoben und es bildet sich eine richtige Blutblase, welche erbsengross sein oder sogar das ganze Trommelfell bedecken kann. Es wäre grundfalsch, die Blutblase einzuschneiden. Im Gegentheil, mit Eis, Morphium und leichten Borsäureeinblasungen werden wir über das Schlimmste hinwegzukommen suchen und haben dann das Vergnügen, zu sehen, dass die Blase eintrocknet und als einfache Kruste nach 2—4 Wochen abfällt. Auch andere Ausgänge sind möglich, und da sei mir erlaubt, kurz einen Fall zu beschreiben, der gegenwärtig in meiner Beobachtung ist.

Herr H. litt im Januar während einer Woche an quälenden Ohrenschmerzen, welche auf einen Anfall von Grippe folgten. An der hinteren unteren Wand des knöchernen Gehörgangs hatte sich eine halbcylindrische Blase gebildet, 1 cm lang, ½ cm breit und hoch, die jedoch blass war, während sich das Trommelfell hochroth als Hintergrund abhob. Bei Berührung mit der Sonde konnte ich das Knistern der Blutgerinnsel fühlen. Die Blase war äusserst schmerzhaft und in toto beweglich. Pat. hörte nur Conversation. Da im knöchernen Gehörgang Haut und Periost zusammen nicht dicker sind als ca. 2 mm, schloss ich, die Blutung müsse zwischen Knochen und Periost erfolgt sein, und war gespannt, was nun geschehen werde, ob die äusserst gedehnte Haut necrotisiren oder ob das Gerinnsel resorbirt würde. Im ersten Fall machte ich mich auf eine langweilige Knocheneiterung gefasst. Nichts von alle dem geschah. Jetzt, 8 Wochen seit Beginn, ist die Geschwulst nur wenig kleiner als im Anfang, aber schmerzlos, steinhart und unbeweglich, es hat sich eine typische Exostose gebildet, das Gehör ist normal. Desshalb ziehe ich den Schluss: jede andere Behandlung als eine expectative hätte hier von schlimmen Folgen sein müssen.

Anders verhält sich die Sache, wenn der Patient mit einer Eiterung hereinkommt, wo wir bereits eine ausgedehnte Mischinfection annehmen müssen. Da sind es dann meistens Erscheinungen vom Mastoidfortsatz, spontane und Druckempfindlichkeit, welche auf ausgedehnte Processe schliessen lassen. Schwellung oder nur leicht abstehende Ohrmuschel habe ich dabei oft vermisst. Da probiren wir dann mit Eis und freier Drainage durch weite Paracentese durchzukommen. Aber nicht zu lang. Wenn in 10 bis 14 Tagen nicht alle Symptome von Seiten des Warzenfortsatzes schwinden, dürfen wir die Oeffnung der Zellen nicht zu lange aufschieben. Zwei, drei vier Mal können sich die Symptome bessern und wieder verschlimmern. Wenn man dem Patienten nachgiebt, kommt man nicht selten mit der Operation zu spät.

Zum Schlusse nur wenige allgemeine Bemerkungen. Dass eine Mittelohreiterung unter allen Umständen eine gefährliche Erkrankung ist, sollte jedem Arzte geläufig sein und dem Patienten an's Herz gelegt werden. Die anatomischen Verhältnisse, ein äusserst complicirtes Knochenhöhlensystem in engster Communication mit der Trommelhöhle, in nächster Nachbarschaft der Meningen und Hauptblutleiter setzen zur Würdigung des einzelnen Falles eine Menge von theoretischen und practischen Kenntnissen voraus.

Kein Fall von Mittelohreiterung ist unheilbar. Wenn die conservative Behandlung erfolglos ist, tritt die Radicaloperation in ihre Rechte. Schlechtgenährte, heruntergekommene Individuen kommen darnach oft zu einer ungeahnten Besserung des Allgemeinbefindens. Die Eingangs beschriebene Routinebehandlung ist sicher und zuverlässig, so lange keine Complicationen bestehen und eine weite Oeffnung da ist.

Der grösste Fortschritt der letzten 10 Jahre in der Behandlung der chronischen Mittelohreiterungen ist die Einführung der Radicaloperation. Sie ist ungefährlich, wenn zur rechten Zeit und von erfahrener Hand ausgeführt. Manches Leben kann dadurch erhalten und das Gehör oft bedeutend verbessert werden. Leider giebt es aber immer noch Aerzte, welche sich darauf verlassen, dass eine Eiterung, die 10 Jahre gedauert, noch weitere 10 Jahre ohne Nachtheil gehen gelassen werden könne. Die Warnungssignale, Kopfweh, Schwindelgefühle und sogar zeitweise vorübergehende Benommenheit, werden übersehen oder missachtet, bis die ausgesprochenen Symptome der Meningitis zeigen, dass es zu spät zum Handeln ist.

Ein Fall von schwerer Morphiumvergiftung durch subcutane Einspritzungen von hypermangansaurem Kali geheilt.*)

Von Dr. Leonard Weber.

N. N., 40 Jahre alt, Kg. 250 Pfund, ziemlich kräftig aber sehr fett und träge, an reichliches Essen und Trinken gewöhnt, leidet seit 15 Jahren schon an Gichtanfällen typischer und atypischer Natur, die gelegentlich so heftig auftraten, dass Morphiumeinspritzungen nöthig wurden; ¼ gr genügte, um die Schmerzen erträglich zu machen und wurde vom Pat. ganz gut vertragen. In der Nacht vom 20. Januar 1899 ganz acuter Anfall im grossen Zehengelenk, zu dem alsbald Lumbago sich gesellte. Da die gewöhnlichen Hausmittel keine Erleichterung brachten, nahm Pat. am 21. Morgens 6 Uhr 1-6 gr Morphium, um 7 Uhr soll er, nach den Aussagen des Dienstmädchens, ein

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft Stadt New York am 3. December 1900.

zweites Pulver von derselben Stärke genommen haben, seine Schwester stellte dies jedoch in Abrede. Ich sah Pat. um 9 Uhr, er schrie laut auf vor Schmerzen und verlangte stürmisch nach einer subcutanen Morphiuminjection. Etwas Temperatur hatte er und war durchaus nicht unter dem Einfluss eines Opiates; dass er schon Morphium genommen hatte, wurde mir nicht mitgetheilt, leider fragte ich auch nicht darnach, sondern gab Pat. Morph. gr ⅓ subcutan und verliess ihn um 9.30 in befriedigendem Zustande. Diese zwei Drittel Gran Morphium zwischen 6 und 9 Uhr genommen brachten dann eine Gesammtwirkung hervor, die um 11.30 ein höchst bedenkliches Bild schwerer Opiumvergiftung darbot. Ausserordentlich kleiner, rascher Puls, für 10 Secunden Sistiren der Respiration, Cheyne s-Stokes'scherRhythmus, dann Herabsinken des Kopfes und wieder Stocken des Athmens, zerfliessende Schweisse, Pupillen aufs engste contrahirt. Von 12 Uhr an gab ich jede Viertelstunde ¼ gr Kalium permanganicum subcutan, dazwischen hinein eine grosse Tasse schwarzen Kaffees und häufiges Abklatschen des Pat. mit nasskalten Tüchern; um 1 Uhr schon war eine bedeutende Besserung aller Symptome, besonders der Respiration, wahrzunehmen. Um 1½ Uhr ½ gr Kal. permang. subcutan; um 2 Uhr nochmals ½ gr, um 3 Uhr war alle Gefahr beseitigt. Eine zweite Tasse Kaffee wurde nun verabreicht und Pat. zu Bette gebracht. Er schlief gut bis ich ihn um 7 Uhr Abends wieder sah. Puls, Respiration etc. zeigten um diese Stunde kaum etwas Abnormes mehr. Pat. war ganz klar, hatte etwas Speise zu sich genommen und behalten. Die Nacht verlief ohne besondere Störung; am nächsten Morgen hatte er auch alle Nachwehen der ausgestandenen Qualen überwunden. Die meisten der anwesenden Collegen wissen wohl, dass Dr. Mohr von hier mit der prompten Wirkung des Kalium permanganicum bei Morphinvergiftung uns bekannt gemacht hat. Die subcutane Anwendung einer passend verdünnten Lösung verdient vor der Darreichung per os den Vorzug.

Referate und Kritiken.

Ueber Reinfection bei Syphilis. Von Dr. G. Nobl. Vortrag gehalten in der Sitzung vom 11. März 1901 des Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums. (Autoreferat.)

Die von Ricord während seiner ganzen Wirksamkeit vertretene These von der Einmaligkeit der Syphilis, kann nach den Ausführungen des Vortragenden, ihrem vollen Umfange nach, längst nicht mehr zu Recht bestehen. Einwandfreie Wahrnehmungen gewissenhafter Beobachter haben die Gesetzmässigkeit dieser Unicität der Infection zu erschüttern vermocht und dienen als werthvolle Belege dafür, dass die Syphilis dem Organismus nicht immer eine dauernde Immunität verleiht. Immerhin müsse die Reinfection bei der enormen Häufigkeit der Lues als ein äusserst seltenes Vorkommniss hingestellt werden, das — im Gegensatze zu anderen Observationen — immer noch seltener sein dürfte, als es die bisherigen literarischen Aufzeichnungen vermuthen lassen.

Von einer Reinfection kann nach Nobl nur dann die Rede sein, wenn der gesammte Symptomencomplex der Syphilis, von dem Initialeffect angefangen, bis zu den Allgemeinerscheinungen, beidemal nach der entsprechenden Incubationsdauer zur Entwicklung gelangt und zwischen den Allgemeinsymptomen der Ersterkrankung, respective den Recidiven, derselben und der Neuinfection zumindest ein, der erfahrungsgemässen Dauer des irritativen Syphilisstadiums entsprechender Zeitraum verflossen ist.

Bei Aufrechterhaltung dieser unerlässlichen Postulate müsse von vorneherein die grössere Hälfte der bisher mitgetheilten Fälle bei der Beurtheilung der Reinfection ausser Acht gelassen werden.

In mehr als einem Drittheile der vom Vortragenden gesichteten Observationen ist die Annahme einer Reinfection einzig und allein auf die Neuentwicklung einer primären Induration oder höchstens eine Combination derselben mit Drüsenschwellung gegründet.

Trotz aller Würdigung der Thatsache, dass die Syphilis in jeder Phase ihrer Entwicklung zum Stillstande gelangen könne, weist Nobl darauf hin, dass die bis heute zur Verfügung stehenden Reactionsmittel doch nicht ausreichende seien, um aus Primäreffecte und der Skleradentitis, auch ohne specifische Folgeerscheinungen die syphilitische Natur der Alteration behaupten zu können.

Ein besonderes Gewicht sei auf den Nachweis von characteristischen Allgemeinsymptomen bei der Reinfection schon aus theoretischem Grunde zu legen, als bei der besonderen Tendenz luetischer Producte zu localer Recidivirung und der Eigenschaft auch nicht specifischer Läsionen auf luetischem Boden zu indu-

riren, für die unrichtige Deutung der Befunde der weiteste Spielraum geboten wird. So sei die Bedeutung manchen Reinfectionsfalles auf das alltägliche Niveau eines an der Stelle der Sklerose gewucherten Gummas, eines Chancroids, oder auch einer Reinduration des Primäreffectes zu reduciren, zumal all diese Läsionsformen mit Intumescenz der regionären Drüsen einhergehen können.

Nach Ausscheidung der angeführten Categorien und jener nicht geringen Zahl von Fällen, bei welchen die Diagnose der Ersterkrankung auf den schwanken Werth anamnestischer Daten der Patienten selbst basirt erscheint, bleibt immer noch eine Reihe beweiskräftiger Wahrnehmungen zurück, deren Unanfechtbarkeit die Namen der Beobachter: Neumann, Lang, Mracek, Caspary, Köbner, Pellizzari, aus früherer Zeit: Gascoyen, Diday neben vielen Anderen, verbürgen.

Einen weiteren einwandfreien, allen Postulaten genügenden Fall von syphilitischer Reinfection bringt Nobl zur Mittheilung, welchen er während der beiden Syphilisausbrüche zu beobachten und zu behandeln Gelegenheit hatte. Die Wahrnehmung betrifft einen 42jährigen, seit vielen Jahren verheiratheten Beamten, der Anfangs 1894 nach ausserehelicher Cohabitation eine typische Sklerose im Sulcus coron. dorsalwärts, consecutive Skleradenitis und nach der zweiten Incubation ein maculopapulöses Exanthem acquirirte. Diese Eruption, wie auch zwei Recidiven, welche noch im selben Jahre, respective Mitte 1895 in Form von Schleimhautplaques, Papeln am Genitale und gruppirten Exanthemen in Erscheinung traten, wurde mittels intramusculärer Hg-Injectionen, einer energischen Allgemeinbehandlung unterworfen. Während der folgenden Jahre zeigte der Kranke keine weiteren Erscheinungen, und war dessen völlige Heilung um so wahrscheinlicher geworden, als seine Frau nach fünfjährigem Intervall neuerdings in die Hoffnung kam und im Jahre 1898 einem gesunden Kinde das Leben schenkte, das auch in der Folge keinerlei Abweichungen von der Norm erkennen liess. Im Monate Januar 1900 präsentirte sich der Patient mit einem unzweideutigen knorpelharten Primäreffect der rechten Frenularnische, der nach einem, drei Wochen vorher ausgeübten suspecten, extraconjugalen Beischlaf aufgetreten war. Nach weiteren vier Wochen konnte Vortragender ein dichtes maculöses Exanthem neben universeller Drüsenschwellung verzeichnen und die Allgemeinbehandlung in Form von fünf percentigen Sublimat-Injectionen einleiten, welche Therapie auch gegen ein anuläres Recidivexanthem, sowie Plaques muceuses in Anwendung kam, welche Erscheinungen mehrere Monate später zum Ausbruche gelangten. Den unnöthigen Nachweis für die Virulenz seiner Neuinfection erbrachte der Kranke, indem er noch im selben Jahre seine Frau ansteckte, die seither mit einer erodirten

Sklerose des linken gr. Labiums, Skleradenitis inguinalis und maculösem Exantheme behaftet, gleichfalls in der Behandlung des Vortragenden stand.

Bezüglich der Pathologie der Reinfection steht Vortragender auf dem Standpunkte, dass die Verlaufsweise derselben eine von der Ersterkrankung völlig unabhängige sei. Selbst der vielgeäusserten Ansicht, dass die Zweiterkrankung einen besonders milden Character aufweise, könne nicht rückhaltlos beigepflichtet werden, indem zahlreiche Beobachtungen (Diday, Mracek u. A.) das gegentheilige Vorkommniss illustriren. Dass es nicht stets die leichtesten Fälle sind, für welche die Möglichkeit der Neuansteckung in Geltung steht, gehe aus jenen interessanten Wahrnehmungen hervor, in welchen die irritativen Symptome der Reinfection, oft noch mit gummösen Residuen der ersten Syphilis, oder schweren Läsionen der ererbten Krankheit einhergehen, (Merkel, Köbner, Jakowlew, Taylor u. A.).

Ein Streiflicht werfen ähnliche Beobachtungen gleichzeitig auf die Aetiologie gewisser Spätproducte der Syphilis.

Die von Bäumler, Lang, Finger, Neumann u. A. vertreten Ansicht, dass den Spätformen der Syphilis oft nur die Bedeutung liegen gebliebener Reste beizumessen sei, welche des specifischen Characters bereits entkleidet sind, konnte erst zu vollster Anerkennung gelangen, seitdem durch das zeitliche Zusammentreffen solcher Läsionen mit einer neuen Infection, die avirulente Natur derselben unwiderleglich erhärtet erscheint. In der Categorie ähnlicher Laesionen figuriren nach N. vorzüglich die Schwielengummen, manche Sarcoceleformen und organisirte perivestale Wucherungen.

Ein weiteres entscheidendes Beweismoment für die Heilbarkeit der Syphilis sei in der Reinfection zu erblicken und gleichzeitig für das specifische Heilvermögen der Quecksilberpräparate, welche in allen bisher bekannt gewordenen Reinfectionsfällen die Ersterkrankung und ihre Recidiven auf's günstigste beeinflussten.

E. Merck's *Bericht über das Jahr* 1900. Darmstadt 1901.
Merck's *1901 Manual of the Materia Medica.* A Ready Reference Pocket Book for the Practising Physician and Surgeon. Merck & Co., New York and Chicago.

Merck's Bericht ist wiederum in Neubearbeitung erschienen, die besonders durch das Erscheinen der IV. Ausgabe des Deutschen Arzneibuches nöthig geworden war. Neu ist bei dem Bericht die Hinzufügung einiger in practischer Hinsicht sehr wichtiger Originalmittheilungen, durch welche die neue Ausgabe des Arzneibuches auch von einem anderen Standpunkte, dem Standpunkt der pharmaceutischen Grossindustrie

aus, beleuchtet wird. Die Anordnung und Behandlung des übrigen Inhaltes des Berichtes ist im Allgemeinen unverändert geblieben und hat nur insoferne eine kleine Vervollkommnung erfahren, als im alphabetischen Verzeichniss der Indicationen die Seitenzahlen jener neuen Arzneimittel, die für Specialgebiete der Heilkunde Interesse bieten, auch unter den betreffenden Stichworten aufgeführt werden, so dass den Specialisten das Nachschlagen der für sie wichtigen neuen Arzneimittel wesentlich erleichtert ist.

Auch M e r c k's Manual of the Materia Medica hat in seiner Neubearbeitung in mancher Hinsicht Vervollkommnungen und Verbesserungen aufzuweisen. Zu den letzteren möchten wir jedoch nicht die Einschaltung der Receptformeln rechnen, da an solchen Eselsbrücken besonders hier in den Vereinigten Staaten gerade kein Mangel herrscht und ihr Nutzen mehr wie zweifelhaft ist. Wenn auch die Receptformeln nur aufgenommen wurden „to show how other medical men have treated the various diseases and to hereby suggest to the reader how from his own store of knowledge he may construct prescriptions exactly adapted to the requirements of his patients," so wird, wie leider die Erfahrung lehrt, meistens ein ganz anderer Gebrauch von denselben gemacht. Im Uebrigen scheinen auch die Receptbeispiele nicht alle gerade sehr glücklich gewählt zu sein; denn wenn eine ganze Anzahl von Receptformeln aufgeführt ist, die 8 oder 9 verschiedene Bestandtheile enthalten, so dürfte dies doch des Guten zu viel sein und nicht mit dem modernen Recept in Einklang stehen, das h ö c h s t e n s aus Basis, Adjuvans, Vehiculum und Corrigens bestehen soll. Solche complicirte Recepte, wie sie in M e r c k's Manual aufgeführt sind, erinnern an die Verschreibweise des Mittelalters, das eine ganze Reihe von Adjuvantien kannte, z. B. ein Remedium confortans, ein Remedium sequens, ein die üblen Nebenwirkungen beseitigendes Remedium removens nocumentum, ein die Wirkungsweise des Hauptmittels, ja des ganzen Gemisches nuancirendes Remedium alterans qualitatem, sowie endlich ein Remedium dirigens, welches die Wirkung auf ein bestimmtes Organ hinleiten sollte. Dass durch die Anwesenheit der Adjuvantia die Beurtheilung der Wirkung des Hauptmittels natürlich erschwert, ja unmöglich gemacht werden kann, liegt auf der Hand. Man lässt sie daher neuerdings oft ganz weg oder beschränkt sie auf ein einziges, in seiner Wirkungsweise genau bekanntes. In Bezug auf den übrigen Inhalt ist M e r c k's Manual ein äusserst practisches und zuverlässiges Nachschlagebüchlein zur raschen Orientirung über die verschiedenen Arzneimittel, ihre Dosirung und ihre therapeutische Anwendung. Betreffs der Dosirung möchten wir nur noch den schon früher gelegentlich der Besprechung der Ausgabe von 1899 geäusserten Wunsch wiederholen, dass es sehr wünschenswerth wäre, wenn bei einer kommenden Neubearbeitung

bei der Angabe der Dosen auch das metrische System Berücksichtigung finden würde.

Die Pflanzen-Alkaloide von Jul. Wilh. Brühl in Gemeinschaft mit Edvard Hjelt und Ossian Aschan. Mit eingedruckten Abbildungen. Sonder-Abdruck aus Roscoe-Schorlemmer's Lehrbuch der organischen Chemie. VIII. Band. Verlag von Friedrich Vieweg und Sohn. Braunschweig 1900.

Es sind in dem vorliegenden, vortrefflich ausgearbeiteten Buche alle Pflanzen-Alkaloide, je nach ihrer Bedeutung mehr oder weniger ausführlich, behandelt worden, und ausserdem auch diejenigen synthetisch erhaltenen Basen, welche zu den Pflanzen-Alkaloiden in Beziehung stehen und in der Regel zu den Alkaloiden gerechnet werden, so dass wir es hier mit einer vollständigen Monographie des so überaus wichtigen Gesammtgebietes der Alkaloide zu thun haben. Bei der Bearbeitung dieses Gegenstandes wurde nicht allein auf eine thunlichst vollständige und zuverlässige Zusammentragung des stets an den Quellen geschöpften Materiales Sorge getragen, sondern es ist ebenso sehr auf eine historische und wissenschaftlich anregende Darstellung Bedacht genommen worden. Da gerade das Gebiet der Alkaloide für den Arzt von ganz besonderer Wichtigkeit ist und ausserdem die Verfasser es in meisterhafter Weise verstanden haben, den Gegenstand in fesselnder Weise darzustellen und abzuhandeln, so kann das Buch dem wissenschaftlich gebildeten Arzte zum Studium und Nachschlagen auf das Wärmste empfohlen werden.

Würzburger Abhandlungen aus dem Gesammtgebiet der practischen Medicin. Herausgegeben von Docent Dr. Joh. Müller und Prof. Dr. Otto Seifert. Verlag von A. Stuber (C. Kabitzsch). Würzburg 1900 und 1901. Heft 3 mit 6.

Von den Würzburger Abhandlungen, auf deren Erscheinen wir unsere Leser schon im vorigen Jahrgang der Monatsschrift aufmerksam gemacht haben, sind nunmehr vier weitere Hefte erschienen. 3. Heft: Die blutige Operation der angeborenen Hüftgelenksluxation von Prof. Dr. A. Hoffa. 4. Heft: Neuere Anschauungen über die Entstehung der Doppel(miss)bildungen mit besonderer Berücksichtigung der menschlichen Zwillingsgeburten von Docent Dr. Sobotta. 5. Heft: Die Behandlung der Neurasthenie von Docent Dr. W. Weygandt. 6. Heft: Die Prinzipien der Säuglingsernährung von Docent Dr. G. Sommer. Es kann leider hier auf den

Inhalt dieser interessanten Abhandlungen nicht näher eingegangen werden, es genüge daher, an dieser Stelle zu betonen, dass die Erwartungen, zu denen die beiden ersten Hefte berechtigten, durch die vorliegenden Abhandlungen in vollem Maasse erfüllt wurden, ferner dass die Herausgeber durch die geeignete Heranziehung der mitwirkenden Kräfte und diese wieder durch geschickte Wahl und vorzügliche Bearbeitung ihres Stoffes es in hohem Grade verstanden haben, die Würzburger Abhandlungen zu einem ausgezeichneten und interessanten Werke zu gestalten. Mögen dieselben, wie sie es vollauf verdienen, recht viele Leser finden.

Die Schönheit des weiblichen Körpers. Von Dr. C. H. Stratz. Den Müttern, Aerzten und Künstlern gewidmet. Mit 128 theils farbigen Abbildungen im Text und 4 Tafeln in Heliogravüre. Neunte Auflage. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1900.

St. hat einen neuen Weg zur Beurtheilung der menschlichen Schönheit einzuschlagen versucht, indem er neben den Standpunkt des Künstlers und des Anatomen den des Arztes stellte, indem er statt an Bildern und Leichen seine Beobachtungen so viel wie möglich am lebenden Körper machte, und diesen an und für sich als Hauptsache und nicht als Gegenstand künstlerischer Darstellung betrachtete. Er kam durch seine langjährige Untersuchungen zu dem Ergebniss, dass wir nur auf negativem Wege, d. h. durch Ausschluss krankhafter Einflüsse, aller durch fehlerhafte Kleidung, durch Erblichkeit, unrichtige Ernährung und unzweckmässige Lebensweise bedingten Verunstaltungen des Körpers zu einer Normalgestalt, zu einem Schönheitsideal gelangen können, das dann allerdings individuell sehr verschieden sein kann, aber doch stets unveränderlichen Gesetzen unterworfen ist; denn vollendete Schönheit und vollkommene Gesundheit decken sich. Dadurch allein erhalten wir einen festen, auf Thatsachen beruhenden Maassstab, den wir, unabhängig vom individuellen, unberechenbaren Geschmack, anlegen können. Von diesen Gesichtspunkten ausgehend hat St. sein hochinteressantes Werk angelegt und ausgearbeitet. Zuerst bespricht er in grossen Zügen die verschiedenen Wege, auf denen man bisher das Schönheitsideal zu erreichen gesucht hat, und vor allen Dingen den modernen Schönheitsbegriff und die Umstände, die zu seiner Bildung beigetragen haben. So entstanden die Capitel: Der moderne Schönheitsbegriff, Darstellung weiblicher Schönheit durch die bildende Kunst, Weibliche Schönheit in der Literatur, Proportionslehre und Canon. Der Feststellung des weiblichen Schönheitsideales auf negativem Wege dienen die Abschnitte: Einfluss der Entwickelung, Ernährung und Lebensweise auf den Körper, Einfluss von Geschlecht, Lebensalter

und Erblichkeit, Einfluss von Krankheiten auf die Körperform, Einfluss der Kleidung auf die Körperform und Beurtheilung des Körpers im allgemeinen nach diesen Grundsätzen. Ein hervorragender und eingehender Abschnitt ist der Beurtheilung der einzelnen Körpertheile gewidmet. Den Schluss des Werkes bildet die practische Anwendung der vorgenannten Untersuchungen: Practische Verwerthung der wissenschaftlichen Auffassung weiblicher Schönheit, Verwerthung in der Kunst und Kunstkritik, Vorschriften zur Erhaltung und Förderung weiblicher Schönheit, Weibliche Rassenschönheit. Dies in Kürze der Inhalt des Buches. Dasselbe ist voll von interessanten Details und mit grosser Sachkenntniss geschrieben. Die zahlreichen Abbildungen — meist Photographien nach dem Leben — sind vorzüglich hergestellt und können künstlerischen Werth beanspruchen. Was die Ausstattung des Buches auch in sonstiger Beziehung anbelangt, so kann dasselbe als „Prachtwerk" bezeichnet werden, und macht dem Enke'schen Verlag alle Ehre. Das Werk sei allen kunstliebenden Collegen bestens empfohlen.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Münchener Medicinische Wochenschrift.

1) A Haenel: *Ueber Sensibilitätsstörungen der Haut bei Erkrankungen innerer Organe, besonders bei Magenkrankheiten.*

Angeregt durch ein Werk des Engländers Head, das die Sensibilitätsstörungen der Haut bei Erkrankungen innerer Organe zum Gegenstande hat, hat Verf. die darin enthaltenen Thatsachen weiter beobachtet und verfolgt und ist zu ganz interessanten Resultaten gekommen. Das für den inneren Mediciner Wichtigste aus diesen Beobachtungen und Untersuchungen scheint, kurz zusammengefasst, das Folgende zu sein: Es kommen bei Erkrankungen innerer Organe Sensibilitätsstörungen auf der Haut in Form scharf begrenzter, zonenartiger Hyperalgesien vor. Dieselben sind, wenn sie die beschriebenen Merkmale tragen, als reflectirte zu bezeichnen; die Kenntniss derselben ist geeignet, mancherlei Klagen und Beschwerden der Kranken, die man sonst vielleicht als nervös, rheumatisch oder hysterisch bezeichnet hat, ausreichend zu erklären. Findet man dieselben, so kann man fast mit Sicherheit annehmen, dass geäusserte Schmerzen wirklich vorhanden und auf die Erkrankung eines inneren Organes zurückzuführen sind; andererseits beweist ihr Fehlen nichts gegen das Bestehen von Schmerzen und inneren Organerkrankungen. Ein Schluss von der Ausdehnung und Lage der hyperalgetischen Zone auf das afficirte Organ ist nur unter besonderen Be-

dingungen möglich, nämlich nur dann, wenn die Zonen sich nicht üben zu grosse Gebiete erstrecken, und wenn sie bei wiederholter Prüfung die gleichen bleiben. Bezüglich des Magens kann H e a d's Angabe bestätigt werden, dass die Dorsalsegmente 7—9 bei Weitem am häufigsten in Mitleidenschaft gezogen sind; nicht selten überschreitet die Hyperalgesie aber diese Zone, ohne dass deshalb die Miterkrankung eines anderen Organes angenommen werden müsste. Eine Hyperalgesie am Arm, speciell an der Innenseite des Oberarms und auf dem Musc. deltoideus, spricht nicht gegen eine Magenerkrankung. Für die Differentialdiagnose zwischen Magenulcus und Magenerkrankungen nur functioneller Art ist die vorliegende Untersuchungsmethode nicht verwendbar. Dazu kommt als in theoretischer Hinsicht Wichtiges, dass die von H e a d sogenannten Lücken an den Extremitäten, die ein von reflectirten Schmerzen in der Regel freies Gebiet darstellen sollen, bei inneren Erkrankungen verschiedener Art häufig ebensogut wie andere Theile der Hautoberfläche Hyperalgesie aufweisen können, sowie, dass der B o a s'sche Druckpunkt am Rücken bei Magenkrankheiten aller Wahrscheinlichkeit nach als Reflexhyperalgesie aufzufassen ist.

Auch in therapeutischer Hinsicht ist die Kenntniss der Reflexhyperaesthesie nicht ohne Werth; bei der engen Verknüpfung bestimmter Hautgebiete mit inneren Organen kann man hoffen, durch Einwirkung auf die ersteren diese letzteren wenigstens functionell zu beeinflussen. H e a d empfiehlt direct die Anwendung der Cocainsalbe auf die empfindliche Hautzone. Verf. that ein Senfpflaster oft sehr gute Dienste. (1901 No. 1.)

2) F. v. G e b h a r d t: *Die Nitropropriol-Tabletten, eine neue Zuckerprobe.*

Vor Kurzem brachte die Köln-Ehrenfelder Fabrik T e u s c h Tabletten in den Verkehr, in welchen die Orthonitrophenylpropiol-Säure mit Natrium-Carbonat comprimirt ist. Nach der Beschreibung der Fabrik geschieht die Untersuchung auf Zucker durch diese Tabletten, indem wir eine derselben in 10 ccm Wasser auflösen, dazu 10 Tropfen von der zu untersuchenden zuckerhaltigen Flüssigkeit oder von Urin geben, dieselbe langsam, 3—4 Minuten lang, erwärmen, wobei bei Vorhandensein von Zucker die ganze Flüssigkeit eine indigoblaue Farbe erhält; wenn wir die Flüssigkeit ruhig stehen lassen, so scheidet sich am Boden des Reagensglases der im Wasser unlösliche Indigo aus.

Auf der II. internen Klinik der k. ung. Universtät zu Ofen-Pest wurden nun längere Zeit die Untersuchungen auf Zucker mit Nitropropiol-Tabletten angestellt. Der Vorgang geschieht abweichend von der Angabe der Fabrik folgendermaassen: Man löst die Tabletten nicht auf, sondern nimmt 10

bis 15 Tropfen des zu untersuchenden Urins, giebt dazu 10 ccm destillirtes Wasser und zuletzt die Tablette dazu und erwärmt das Ganze 2—4 Minuten lang vorsichtig. Die Flüssigkeit wird bei Vorhandensein von Zucker zuerst grünlich, dann dunkel indigoblau gefärbt. Wenn im Falle der Verdünnung wegen geringen Zuckergehalts des Harns die Reaction nicht eintritt, so kann die Probe auch mit nicht verdünntem Urin angestellt werden. Manchmal ist die blauen Farbe nicht genügend ausgebildet, dann wird Chloroform zur Flüssigkeit gegeben und das Ganze geschüttelt, worauf das Chloroform den Indigo aufnimmt, dem zu Folge das unter der Lösung sich sammelnde blau gefärbte Chloroform den Indigo und dadurch das Vorhandensein von Zucker anzeigt. Es wurde ferner gefunden, dass die Reaction des Nitropropiol nur dann gelingt, wenn der Harn Traubenzucker enthält. Der Urin, welcher Gallenfarbstoff, Harnsäure, Eiweiss, Blut, Phosphate enthält, giebt diese Reaction nicht. Bei grösserer Menge von Eiweiss muss dasselbe durch Schütteln mit Kochsalz oder Chloroform entfernt und dann erst die Probe gemacht werden. Was die Empfindlichkeit der Reaction betrifft, so hat Verf. gefunden, dass 0,03 g Dextrose in 100 g Wasser gelöst, d. h. etwa ⅓ Procent, aber nicht verdünnter Lösung, die indigoblaue Färbung giebt; bei einer Lösung von 0,025:100 wurde die Flüssigkeit nicht mehr blau, sondern blieb grün, endlich eine Lösung von 0,05:100 ergab die Reaction bereits auch verdünnt (10 Tropfen + 10 ccm Wasser).

Nachdem daher die Nitropropiol-Reaction nur mit Traubenzucker enthaltendem Urin gelingt und ausserdem die Reaction auch sehr empfindlich genannt werden kann, so empfiehlt Verf. diese sichere und präcise Zuckerprobe wärmstens insbesondere den practischen Aerzten. Diese Zuckerprobe empfiehlt sich auch deshalb, weil die Ausführung derselben einfach und schnell ist, und ausser den Tabletten kein anderes Reagens nöthig ist, wie sie auch mit einigen Tropfen Urin ausgeführt werden kann. Zu quantitativen Untersuchungen ist das Verfahren nicht geeignet. (Ibidem.)

3) Gossner: *Einfluss subcutaner Gelatineininjection auf Nierenbeckenblutung.*

Es handelt sich in dem von Verf. beobachteten Falle um einen kräftigen und sonst gesunden Unteroffizier, der seit Monaten jeden Tag Blut im Urin zeigte. Innerliche Gaben von Ergotin, Liq. Ferri sesqu., Plumb. acet., Tannin hatten einen Einfluss auf das Blutharnen nicht ausgeübt, Schwitzbäder, Salicyl, Milchdiät die Krankheit nicht zu beheben vermocht. Der endoscopische Befund liess keinen Zweifel, dass sich das Blut aus dem rechten Ureter entleerte. Für Intactheit der Niere sprach der völlige Mangel an Nierenformbestandtheilen und der geringe Gehalt an Albumen, dessen Vorhandensein

genügend durch den Schleim, Eiter und die rothen Blutkörperchen erklärt wurde. Es wurde schon an ein eventuelles operatives Eingreifen gedacht, als Verf. beschloss, zuerst noch einen Versuch mit Gelatineinjectionen zu machen. Es wurde zuerst die Blase an 6 aufeinander folgenden Tagen mit 10 proc. Gelatine-Kochsalzlösung ausgespült, ohne den geringsten Effect zu erzielen. Der Blutgehalt des Urins blieb der gleiche. Verf. injicirte dann mit einer 50 ccm fassenden Spritze subcutan 200 ccm einer 2,5 proc. Gelatinelösung in die rechte obere Brustgegend. Die Einspritzung war sehr schmerzhaft, während andere Beobachter mit und ohne Anwendung Schleich'scher Lösung über gar keine oder nur geringe Schmerzen berichten. Auch locale und allgemeine Reizerscheinungen, die gewöhnlich fehlen sollen, machten sich bei dem Kranken in recht unangenehmer Weise geltend. Einmal blieb an der Injectionsstelle Stunden lang eine erhebliche Anschwellung bestehen, verbunden mit starken Schmerzen, welche in die rechte Halsseite und Arm ausstrahlten und letzteren völlig lähmten, sodann traten ohne Temperaturerhöhung Mattigkeitsgefühl, Schwindelerscheinungen, Schmerzen in Kopf, Gliedern und Gelenken auf, so dass Pat. zu weiteren, eventuell in Aussicht gestellten Injectionen wohl nur ungern seine Einwilligung gegeben haben würde. Selbstverständlich wurde sterilisirte Lösung verwendet. Die starken reactiven Entzündungen hielten den ganzen Tag und die folgende Nacht an. Proportional ihrer Grösse gestaltete sich indess auch der Erfolg. Triumphirend zeigte der sonst verstimmte Pat. bei der Morgenvisite einen hellen, blutfreien, nur leichte wolkige Trübungen enthaltenden Urin, dessen Sediment nur Rundzellen, aber keine rothen Blutkörperchen enthielt. Kein Albumen. Der Harn des Pat. ist seit dieser Zeit (3 Monate) blutfrei geblieben; auch die anfangs noch nicht schwindenden wolkigen Trübungen und Schleimabgüsse blieben bald ganz weg, so dass Pat. etwa 8 Tage nach der Injection einen völlig klaren normalen Urin besass und beibehalten hat, wovon sich Verf. durch häufige Controlle überzeugte. Eine vierwöchentliche Milchcur auf benachbartem Landgut, während welcher Pat. sich wöchentlich einmal vorstellte, bildete den Abschluss der Behandlung. Jetzt versieht er wieder ungestört seinen Dienst. (1901 No. 2.)

4) Cramer: *Impression des vorangehenden Kopfes in* Walcher'schen *Hängelage.*

Der besondere Vortheil der Walcher'schen Hängelage für die Impression besteht darin, dass der Druck gerade von oben nach unten ausgeführt werden kann, weil in Folge der starken Lordose der Lendenwirbelsäule und des Herabhängens der Oberschenkel der Beckeneingang annähernd in der Horizontalebene steht. Wenn es möglich ist, betheiligen sich zwei Personen an der Impression in der Weise, dass die eine drückt,

während die andere den Erfolg durch eine innere Untersuchung gleichzeitig controllirt. Steht eine solche Assistenz nicht zur Verfügung, so legt man ein reines in Sublimat getauchtes Handtuch auf den Bauch der Frau und übt die Impression mit desinficirten Händen über dem Tuche aus. So ist man in der Lage, in jedem Augenblick den Erfolg durch die innere Untersuchung selbst zu constatiren. Uebrigens wird man in den meisten Fällen schon während der Ausübung des Druckes auch ohne innere Untersuchung beurtheilen können, ob der Kopf in das Becken eintritt oder nicht. Selbstverständlich ist die Art und Weise, wie der Druck auf den Kopf zu gestalten ist, nicht unter allen Umständen dieselbe. Zunächst wird man auf der Seite des Hinterhauptes den stärkeren Druck ausüben, da dieses als der voluminöseste Theil des Kopfes auch das grössere Hinderniss für den Eintritt in das Becken darbietet. Bei hinterer Scheitelbeineinstellung, bei welcher der Kopf an der Symphyse aufgehalten wird, empfiehlt es sich, von vorn nach hinten zu drücken. Bei vorderer Scheitelbeineinstellung muss man versuchen, den Druck möglichst auf die nach hinten gelegene Hälfte des Schädels wirken zu lassen. Hat der Druck von aussen den gewünschten Erfolg gehabt und befindet sich der Kopf im kleinen Becken, so ist die Geburt stets sofort mit der Zange zu beendigen, was bei der Erweiterung der Weichtheile und dem Tiefstand des Kopfes keine Schwierigkeiten mehr macht. Es wäre inhuman, die Frau aus der für die Impression nothwendigen tiefen Narcose unentbunden aufwachen zu lassen.

C. hat die Impression des vorangehenden Kopfes in Walcher'scher Hängelage in der Bonner Frauenklinik in 6 Fällen selbst ausgeführt. In allen Fällen war sehr lange Wehenthätigkeit vorausgegangen, die Ausziehungserscheinungen waren besonders in einem Falle sehr bedrohliche, so dass man, als die Hand zum Wendungsversuch eingeführt wurde, das Gefühl hatte, dass eine Uterusruptur imminent sei. In allen Fällen hat C. die Impression mit ausserordentlicher Kraft ausgeführt und in keinem Falle irgend eine Schädlichkeit für die Mutter beobachtet. Die Impression gelang unter den 6 Fällen, die C. beobachtet hat, 2 mal, unter 4 Fällen, die von David ebenfalls aus der Bonner Frauenklinik publicirt sind, 3 mal. Alle 5 Kinder wurden, nachdem der Kopf in's kleine Becken hineingedrückt war, mit der Zange extrahirt und zeigten in ihrer Entwicklung post partum nichts Abnormes. Demnach hatte in diesen 5 Fällen die gewaltsame Impression des Schädels keine nachweisbare Schädigung des Kindes zur Folge gehabt. Indessen sind unter besonderen Verhältnissen Schädelfracturen gewiss ebenso unvermeidlich, wie bei der Impression des nachfolgenden Kopfes.

Die Fälle, welche sich zur Ausführung der Impression des vorangehenden Kopfes in Walcher'scher Hängelage eignen,

sind selten, und es muss ausdrücklich hervorgehoben werden, dass dieses Verfahren niemals missbraucht werden darf, eine Geburt, welche nur „zu lange dauert," abzukürzen und zu beendigen. Die Impression des vorangehenden Kopfes ist das einzige Mittel, um in zweifelhaften Fällen zu entscheiden, ob die Geburt des unverkleinerten Schädels per vias naturales möglich ist oder nicht, und deshalb soll das Verfahren auch nur dann angewandt werden, wenn unser geburtshülfliches Handeln eine stricte Antwort auf diese Frage dringend fordert. (Ibidem.)

5) Trumpp: *Progrediente Diphtherie bei rechtzeitiger Serumbehandlung.*

T. berichtet über den Fall eines Kindes das er trotz rechtzeitiger Serumbehandlung innerhalb 4 Tagen an progredienter Diphtherie verlor und erörtert im Anschluss an diesen Fall in eingehender und interessanter Weise die Frage, warum trotz rechtzeitiger und richtiger Diagnosenstellung und entsprechender Behandlung der Heilerfolg ausgeblieben ist. Wir erwarten von dem Heilserum einmal eine günstige Beeinflussung des diphtheritischen Oberflächenprocesses, dahingehend, dass die Erweichung der Pseudomembranen beschleunigt, ein Weiterschreiten der Membranbildung aufgehalten wird; zum andern erwarten wir eine Verhinderung der weiteren Intoxication des Organismus durch Neutralisirung der in den Kreislauf und in die Gewebe eingedrungenen Diphtherietoxine und durch Immunisirung der noch unbeschädigten lebenden Zellen. Die Heilwirkung kann aber nur dann eintreten, wenn 1. das Serum selbst von tadelloser Beschaffenheit ist, 2. das Mittel zu einer Zeit in Anwendung kommt, in der die lebenswichtigsten Organe noch nicht zu sehr unter der Wirkung der Diphtherietoxine gelitten haben, und 3. wenn im jeweiligen Falle die bedrohlichen Symptome ganz oder zum grossen Theile auch wirklich durch Diphtheriebacillen hervorgerufen sind; den anderen Infectionen gegenüber ist zwar eine Wirkung des Serums nicht ganz ausgeschlossen, allein die Wirkung wird dann nur eine schwache, weil nichtspecifische, sein und sich vor Allem niemals gegen die fremdartigen Toxine richten können.

In dem vorliegenden Fall nun muss die Ursache wohl in einer Besonderheit des Krankheitsfalles oder des angewendeten Serums liegen. Ersteres erscheint Verf. ziemlich unwahrscheinlich. Das Kind kam rechtzeitig und bei verhältnissmässig noch gutem Kräftezustand zur Behandlung. Gegen eine Mischinfection von solcher Bedeutung, dass dadurch der Krankheitsverlauf in erheblichem Maasse beeinflusst worden wäre, spricht der klinische Verlauf und der Befund post mortem. Somit bleiben nur noch zwei Annahmen übrig: Entweder erfuhr die Virulenz der Diphtheriebacillen auf schwer zu erklärende Weise eine plötzliche vehemente Steigerung, so

dass das Antitoxin zur Neutralisirung des hochwirksamen Diphtheriegiftes nicht mehr ausreichte, oder die Qualität des Antitoxinpräparates war eine minderwerthige. Der Fall war Anfangs October 1900 zur Behandlung gekommen und es wurden 4 Dosen Heilserum zu je 1500 I.-E. eingespritzt und zwar am 1. 3. und 4. Tag der Behandlung. Die beiden ersten Dosen waren ziemlich alt, Datum der staatlichen Controle beide Male vom 26. XII. 1899. Auf den Protest des Verf. erwiderten die beiden Apotheker, von denen die Präparate bezogen worden waren, dass das Serum nicht beanstandet werden könne, da die betreffenden Nummern noch nicht staatlich eingezogen seien. T. wandte sich nun an die Höchster Farbwerke mit der Bitte, ihm mitzutheilen: 1. Ob die staatliche Einziehung von Diphtherieheilserum, das älter ist als ein Jahr, nur aus dem Grunde erfolgt, weil es nicht länger haltbar ist, oder auch aus dem Grunde, weil es im Laufe der Zeit an Wirksamkeit einbüsst? 2. Ob in- oder ausserhalb der Anstalt Untersuchungen über eine eventuelle Abnahme der Wirksamkeit des Serums schon angestellt wurden, und wo diese Arbeiten in Druck erschienen sind? Hier die Antwort des Vorstandes der Heilserumabtheilung, Sanitätsraths Dr. Libbertz:

„Diphtheriefälle, bei welchen ein Heilserum versagt, sind ja leider nicht ganz selten. Ob dann stets Mischinfection vorliegt, oder ob es sich auch ohne diese um Ausnahme handelt, wird manchmal schwer zu entscheiden sein. In solchen der Serumbehandlung nicht zugänglichen Fällen wird auch das wirksamste Serum versagen; wo 3000 I.-E. nichts helfen, wird auch das Doppelte und Zehnfache ohne Wirkung bleiben. Bei längerer Aufbewahrung nimmt allerdings die Wirksamkeit des Heilserums ab. Aber diese Abschwächung erfolgt in den ersten 2—3 Monaten — wahrscheinlich durch Einwirkung des conservirenden Zusatzes —, später bleibt es durch Jahre constant, wie wir durch zahlreiche Nachprüfungen, die leider bisher nicht publicirt sind, sicher festgestellt haben. Die Abnahme der ersten Monate ist zwar nicht sehr beträchtlich — sie kann bis 5 Procent betragen, es müssen indessen die Fläschchen auch nach Jahren mindestens die angegebenen I.-E. enthalten, was im Ehrlich'schen Institut controllirt wird, und darum muss das eingefüllte Serum stets hochwerthiger sein, als angegeben ist. Sie können also ganz sicher sein, dass in Ihrem Falle wenigstens 6000 I.-E. eingespritzt sind. Es ist nicht vorgeschrieben, bis zu welchem Alter Heilserum abgegeben werden darf. Die Einziehung erfolgt wegen nachträglicher Verunreinigung oder entstandener Minderwerthigkeit. Höchster Serum ist seit etwa 3 Jahren nicht eingezogen worden."

T. glaubt kaum, dass man sich in einer so hochwichtigen Angelegenheit, wie derjenigen der Serotherapie, einfach damit beruhigen kann, dass das Mittel eben zuweilen versagt; er möchte daher die Aerzte zu weiteren Nachforschungen auf die-

sem noch dunklen Gebiete der Serumbehandlung anregen, vor Allem aber zur genauesten Untersuchung und Publication ähnlicher, letal verlaufener Fälle. Am Schlusse seiner sehr interessanten Arbeit spricht er dann noch die Bitte aus, es möchten die Collegen sich vor jeder Seruminjection das Datum der staatlichen Controlle des betreffenden Präparates notiren, damit in Kürze die Frage entschieden werden kann, ob das Alter des Serums von Einfluss auf dessen Wirksamkeit ist. (1901, No. 3.)

6) Seevoss Zervos: *Sechs Fälle von Leberechinococcen mit Durchbruch in die Lunge.*

Verf. giebt die Krankengeschichten dieser Fälle und zieht aus denselben die folgenden Schlüsse: 1. Die aufbrechenden Echinococcencysten nehmen die gwölbte Oberfläche der Leber oder die untere Fläche der Lunge ein, in welche sie von der Leber durchgebrochen sind. 2. Wenn sie aufbrechen, so führen sie meist den Tod herbei, entweder sogleich (Erstickungsasphyxie) oder bald darauf (Erschöpfungspneumonie). 3. Die von den französischen Aerzten vorgeschlagene und angewandte Therapie der Leberechinococcen durch Capitonage ist nicht nur unnütz und ohne Erfolg, sondern sie verhindert nicht die Reproduction der Cysten und setzt die Patienten den furchtbarsten Gefahren aus, da die Cysten nach der Capitonage sich vollständig wiederbilden und sich, da sie sich wegen der hermetischen Vernhrung der Leberwandungen nicht nach der vorderen oder unteren Fläche der Leber entwickeln können, nach oben entwickeln und in die Lunge durchbrechen und so den Tod durch Asphyxie oder Pneumonie herbeiführen. (1901, No. 4.

7) Conradi: *Ueber den Einfluss erhöhter Temperaturen auf das Casein der Milch.*

Aus den von Verf. mitgetheilten Versuchen darf geschlossen werden, dass die Erhitzung der Milch über Temperaturen von 80° hinaus einerseits den normalen Coagulationspunkt der Milch bei Gegenwart von Calcium- und verwandten Salzen um 8—12° herabdrückt, andererseits aber den Vorgang der Labfällung hinausschiebt. Diese Thatsachen erbringen den Nachweis, dass die Erhitzung über 80° hinaus eine dauernde, chemische oder physicalische Veränderung der Milch bewirkt hat. C. lässt vorläufig die Frage offen, ob jene beiden Momente die Verwerthung der Milchnahrung, ihre Verdaulichkeit und Ausnützung, zumal bei Säuglingen und Kranken, beeinflussen. Wenn die Folgen einer zu hoch getriebenen Erhitzung der Milch klargelegt sind, wird man Mittel und Wege finden, um die resultirenden Schädlichkeiten zu beseitigen. Vorderhand dürfte es sich empfehlen, zwecks Vernichtung der Bacterien und ihrer Dauerformen von vorneherein nur solche Tempera-

turgrade anzuwenden, welche die angestrebte Bacterienfreiheit nicht auf Kosten der physiologischen Zusammensetzung der Milch, vielmehr unter Erhaltung ihres Normalzustandes zu erzielen suchen. Denn die Wahrung der Zustandseigenschaften der genuinen Milch bildet immer noch die Grundlage einer rationellen Milchhygiene. (1901, No. 5.)

8) Müller · *Ueber das Hedonal.*

Verf. kommt zu folgenden Schlusssätzen: In Dosen von 2—3 g stellt das Hedonal ein nach den bisherigen Erfahrungen ungefährliches Hypnoticum dar, das sich bei Agrypnie leichteren Grades und hauptsächlich dann bewährt, wenn subjectiv Ruhebedürfniss besteht, der Eintritt des Schlafes aber durch psychische Alterationen mässiger Stärke verzögert oder verhindert wird: doch ist auch hierbei die Wirkung nicht ganz zuverlässig und erschöpft sich bei fortgesetzter Medication zuweilen derartig rasch, dass die in der Mehrzahl der Fälle nothwendige Steigerung der Anfangsdosis (bis 5 g) mitunter nicht im Stande ist, die Abschwächung zu paralysiren. Bei schwerer Asomnie ist der hypnotische Effect gänzlich unsicher und auch bei höheren Gaben (über 3 g) ungenügend. Nebenwirkungen objectiver und subjectiver Natur fehlen auch diesem Hypnoticum nicht, scheinen aber nach dem bis jetzt vorliegenden Material harmlos zu sein und eine Unterbrechung der Medication nur da zu verlangen, wo anscheinend Idiosyncrasie gegen das Mittel besteht. In diesen Fällen führt das Hedonal zu einer zuweilen beträchtlichen Steigerung der Diurese und verursacht lästige, subjectiv oft sehr unangenehme Begleiterscheinungen — Symptome, die nach Aussetzung der Verordnung rasch und ohne erkennbare Folgen wiederum verschwinden. (1901, No. 10.)

Wiener Medicinische Wochenschrift.

Steckel: *Zur Pathologie und Therapie der Gicht.*

Verf. macht darauf aufmerksam, dass die Antipyretica als Wärmerreger schon seit hundert Jahren bekannt seien. Dadurch verfiel er auf den Gedanken, diese merkwürdige Erscheinung therapeutisch bei der Gicht zu verwerthen. Es lag ihm nun daran, jenes Antipyreticum zu finden, das vollkommene Unschädlichkeit mit grösster pyretischer Kraft combinirte. Welche gefährliche Gifte die meisten Antipyretica sind, ist jedem Practiker geläufig, der in die Lage kam, sie zu verordnen. Intoxicationserscheinungen nach normalen Dosen Chinin, Antipyrin, Antifebrin gehören zu den alltäglichsten Erscheinungen. Diese Mittel können daher bei der Behandlung der Gicht nicht in Betracht kommen.

St. hat nun nach eingehenden Versuchen an Kaninchen sich für das Citrophen entschieden, weil es eines der mildesten und

am wenigsten gefährlichen der chemischen Substanzen ist. Er konnte Merrschweinchen, trotzdem sie täglich ½—1 g Citrophen erhielten, bei constantem Gewicht durch 4 Wochen erhalten. Bei fast 50 Personen, denen er Citrophen verordnet hatte, konnte er nur zweimal Erscheinungen von leichter Vergiftung constatiren. In einem Falle trat nach Einnehmen von Citrophen regelmässig ein einseitiges starkes Flimmern vor den Augen ein, das immer in Pausen von 10—15 Minuten erschien, secundenlang dauerte und nach einer Stunde vollkommen verschwand. Ein anderer Pat. hatte ein Gefühl von nicht zu stillendem Heisshunger und klagte über Leere im Magen. Davon abgesehen, hat St. bei wochen-, ja monatelangem Gebrauche nie einen Nachtheil gesehen.

Die pyretische Wirkung des Citrophens ist nicht so stark wie die des Antifebrins, Phenacetins oder Antipyrins, trotzdem ist diese Wirkung sehr kräftig und länger andauernd. Ein Zehntelgramm Citrophen erzeugt beim Meerschweinchen eine Steigerung der Temperatur um ½—1°. Beim Menschen hat St. mit Dosen von 1 g Steigerung der Temperatur bis zu einem halben Grad und darüber erzeugen können. Citrophen in Combination mit Coffein ist eine der stärksten pyretischen Verbindungen, die wir besitzen. Die Wirkung tritt nicht so rasch ein wie beim Phenacetin, ist aber viel energischer und länger dauernd.

Auch andere Beobachter haben mit dem Citrophen zufriedenstellende Resultate erzielt. Kornfeld erhielt gute Resultate bei Neuralgien, Migräne, Influenza und möchte kein anderes Antirheumaticum dem Citrophen vergleichsweise zur Seite stellen. Hamberger, Benesio, Tittel und Pinggere betonen alle die Unschädlichkeit und rasche Wirkung dieses Mittels. Friese wandte bei Epileptikern statt Brom durch längere Zeit hindurch Citrophen in grösseren Gaben an. Er sah nie irgend welche unangenehme Nebenwirkungen und glaubt, dem Präparate einen sehr günstigen Effect auf die Epilepsie zuschreiben zu können. Wenn man bedenkt, dass nach den Versuchen des Verf. das Citrophen eine grosse Steigerung des Stoffwechsels und speciell der Harnsäureausscheidung hervorruft, wird man diese Wirkung auch theoretisch begründen können. Von mehreren Autoren wurde auf den Zusammenhang zwischen Epilepsie und Harnsäure hingewiesen. Migräne und Epilepsie gehören wahrscheinlich in das grosse Gebiet der Autointoxicationen. Jede Steigerung des Stoffwechsels wird der Migräne, d. h. der Autointoxication vorbeugen.

St. versuchte nun zuerst zaghaft, dann, durch den Erfolg ermuthigt, immer dreister, durch grosse Dosen Citrophen den Wärmehaushalt und damit den Stoffwechsel der Gichtkranken zu beeinflussen. Dies gelang ihm auch in den meisten Fällen. Die Temperatur dieser Kranken stieg auf das Normale, die

Harnsäureausscheidung wurde bedeutend gesteigert. Die Kranken fühlten sich frischer, elastischer, sie waren leichter zu bewegen, physische Arbeit zu leisten, ja einzelne zeigten eine wahre Arbeitsfreudigkeit. Während sie vorher das bekannte griesgrämige Gesicht der an harnsaurer Diathese Leidenden zur Schau trugen, wurden sie bedeutend munterer. So gelang es St., leichtere Fällen in kurzer Zeit bedeutend zu bessern, ja der Heilung nahe zu bringen. Durch die Unterstützung des Citrophen-Coffeins war er im Stande, alle jene Factoren, die eine Erschlaffung der Wärmeproduction herbeigeführt hatten, auszuschalten, jeden Patienten durch Zuweisung entsprechender physischer Arbeit, geistiger und leiblicher Diät zu normalen Verhältnissen zu bringen.

St. hatte früher bemerkt, dass bei chronischen Fällen die Heissluftapparate glänzende Erfolge haben, aber sehr viel Geduld in Anspruch nehmen, da die Cur oft jahrelang dauert. Nach Combination der Heissluftapparate mit Citrophen — gewöhnlich dreimal täglich 1 g — glaubt er den Eindruck gewonnen zu haben, die Erfolge in viel kürzerer Zeit zu erzielen. Während die Heissluftapparate local die Circulation steigern und die Harnsäure in den Blutkreislauf bringen, bewirkt Citrophen eine Steigerung der gesammten Temperatur des Körpers und damit eine raschere Ausscheidung der Harnsäure. Der Kranke ist gleich vom Anfange der Cur an viel hoffnungsfreudiger, da infolge der antineuralgischen Wirkung des Citrophens die Schmerzen gleich geringer sind und die Erhöhung der Temperatur ein subjectives Wohlgefühl erzeugt. Man könnte nach Verf. in einigen Fällen von Gicht von Citropheneuphorie reden. v. H o f f m a n n hat wahrscheinlich deshalb das Citrophen als Schutzmittel gegen Morphinismus empfohlen. Noch grösser wird die Wirkung des Citrophens, wenn man es mit Coffein combinirt. St. hat in der letzten Zeit in den meisten Fällen die Mischung

Coffein. pur.	0.5
Citrophen.	1.0

gebraucht. Auch liess er das Citrophen in schwarzem Kaffee nehmen. Es giebt wohl Aerzte, welche Gichtkranken den Kaffee verbieten, weil in neuerer Zeit Werth darauf gelegt wurde, dass die in diesen Getränken enthaltenen Purinderivate (Coffein, bezw. Theïn, Theobromin) als directe Vorstufen der Harnsäure anzusehen sind. Zuverlässige Beweise sind dafür nicht erbracht worden. Wie R o s t nachgewiesen hat, gehen diese Substanzen unverändert in den Harn über oder werden in andere chemische Körper (Heteroxanthin) übergeführt. M i n k o w s k i betont mit Recht, dass die Erfahrungen nicht für eine ungünstige Wirkung des Kaffees sprechen.

St. hat das Citrophen-Coffein in einer grossen Anzahl von leichten und schweren Fällen mit sehr gutem Erfolge ange-

wendet. Speciell in Combination mit physicalischen Heilmitteln kann man geradezu erstaunliche Erfolge erzielen. Das Geheimniss der Therapie der Gicht heisst Anregung der Wärmeproduction. Mag man dies durch Bewegung, durch hydrotherapeutische Proceduren oder durch chemische Beeinflussung erzielen, der Effect ist der gleiche. (1901, No. 11.)

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York.

17 West 43. Strasse.

Montag, den 3. December 1900.

Präsident Dr. Hermann G. Klotz eröffnet die Sitzung um 8¼ Uhr.

Secretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protocoll der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird.

Dr. Louis Heitzmann verliest den Bericht des Schatzmeisters.

Die Versammlung beschliesst ohne Debatte den Bericht anzunehmen.

Vorstellung von Patienten und Demonstration von Präparaten und Instrumenten.

Dr. F. Bierhoff: a) Zwei cystoscopische Fremdkörper-Zangen (Bierhoff).

Das erste Instrument, welches ich Ihnen zeigen werde, ist eine Modification der Nitze'schen Fremdkörper-Zange. Das Nitze'sche Instrument hat gewisse Nachtheile, die, wie ich glaube, von diesem Instrument überwunden worden sind. Im Nitze'schen Instrument bewegt sich der hintere Kiefer, der vordere ist fest, so dass beim Gebrauch des Instruments das Gesichtsfeld durch den Hinterkiefer bedeckt ist. Um diesen Nachtheil zu überwinden, habe ich mir diese Modification construiren lassen. Sie besteht darin, dass der hintere Kiefer fest ist und unbeweglich und auch gleichzeitig fenestrirt; der vordere Kiefer bewegt sich, so dass man beim Gebrauch des Instrumentes den Fremdkörper einstellen kann, und wenn man auch mit dem hinteren immer davor liegt, direct durch diese Oeffnung hindurch schauen kann. Wie gesagt, die Bewegung des Vorderkiefers beeinflusst die Brauchbarkeit des Instruments gar nicht, indem das Gesichtsfeld offen und unbedeckt bleibt. Da man öfters eine andere Zange braucht, so habe ich mir dieses zweite Instrument construiren lassen, das sich seitlich öffnet. Natürlich bleibt in diesem Fall das Gesichtsfeld vollständig frei. Es wird geschlossen eingeführt, das Cystoscop weiter in die Blase hinein geschoben. Der Fremdkörper wird aufgesucht. Man kann dann die Zange auf diese Weise öffnen, und indem sie seitlich fasst, bleibt eben das Gesichtsfeld

völlig unbedeckt. Hat man das Object gefasst, so schliesst man mit diesem kleinen Hebel und kann dann, indem man die Zange noch immer weiter schliessen kann, vermeiden, dass die Rückbewegung und das Freiwerden des Körpers stattfindet.

b) Ein cystoscopischer Prostataincisor (Biehoff-Freudenberg).

Dieses Instrument ist die Modification des Bottini'schen Incisors. Es besteht aus einem cystoscopischen Theil und einem Incisor. Wie Sie sehen, ist dieses Cystoscop ein gerades und bewegt sich in einer gechlosenen Rinne auf der Rückseite des Incisors. Der Incisor ist folgendermaassen modificirt: Er liegt auf der Vorderseite des Instruments, und durch das Andrehen der Räder im oberen statt an dem äusseren Theil ist es uns möglich, genau die Länge des Schnitts an der Peripherie der Räder abzulesen. Das Instrument wird geschlossen eingeführt. Nachdem es in der Blase liegt, dreht man die fixirende Schraube los, schiebt das Cystoscop weiter in die Blase hinein, sucht diejenige Stelle, an welcher man schneiden will, auf, fixirt dann mit dieser an der Muffe befestigten Schraube wieder den Incisor, hakt direct an die Vorsteherdrüse an und kann dann also durch einfaches Drehen dieser Räder genau die Länge des Schnitts controlliren. Hat man seinen Schnitt gemacht, so kan man durch diese einfache Bewegung (Entfernung des schneidenden Theiles aus dem Gesichtsfelde) wieder die Stelle des Schnitts controlliren und stellt dann die weitere Stelle ein, an welcher man schneiden will. Sollte die Flüssigkeit während der Operation getrübt werden, so kann man leicht den cystoscopischen Theil entfernen, kann durch diese Hohlrinne die Flüssigkeit heraus lassen, spülen, die Blase wieder anfüllen und das Cystoscop wieder einführen. Das Instrument hat, wie Sie sehen, die übliche Kühlvorrichtung. Ich möchte noch zum Schluss bemerken, dass wir, College Freudenberg und ich, dieses Instrument nicht als Ersatz-Instrument für den gewöhnlichen Bottini'schen Incisor haben construiren lassen. Es haben aber einige Operateure behauptet, die Operation sei schädlich, indem man immer im Dunkeln arbeiten müsse. Um diesen Einwand zu zerstreuen, haben wir uns diesen Prostataincisor in Verbindung mit dem Cystoscop construiren lassen. Es ist, wie Sie wissen, ein etwas ähnlicher Incisor von dem Collegen Wossidlo in Berlin construirt worden. Ich habe das Instrument nicht gesehen, glaube aber, dass dieses Instrument gewisse Vortheile gegenüber dem Instrument von Wossidlo besitzt, indem dieser sein Cystoscop neben dem Incisor hat; also um genau zu sehen, wo man schneiden will, oder während des Schneidens, muss man eben davon absehen, mit dem Schnabel des Instruments an die Vorsteherdrüse zu haken. Das Haken ist aber ein Punkt, auf welchen sowohl Freudenberg wie Bottini grosses Gewicht legten. Um diesem Nachtheil vorzubeugen, haben wir dieses Instrument in der Weise construirt, wie Sie eben sehen, und legen weniger Werth darauf, die Klinge während des Schneidens zu sehen, als genau einstellen zu können, wo man schneiden will, und die Schnitte nach der Operation zu controlliren.

Discussion. Dr. Willy Meyer: Zu meinem Bedauern habe ich der Demonstration nicht beiwohnen können. Ich hätte gern gesehen und gehört, was darüber gesagt worden ist. Es liegt ja ganz auf der Hand, dass man für die Bottini'sche Operation sich Licht in die Blase wünscht. Aber das gilt auch gerade so für die Litholapaxie. Da können wir auch Nichts sehen und doch lernen wir, nur mit Hülfe des Gefühls im Dunkeln zu arbeiten. Das Instrument, welches Licht in die Blase hineintragen kann, ist das Cystoscop. Es war ganz naturgemäss, dass Freudenberg, der so viel für die Wiederbelebung der Bottini'schen Operation gethan hat, speciell darauf drang, dass man zuerst cystoscopiren sollte und dann die Bottini'sche Operation ausführen. Man kann das in derselben Sitzung thun oder in zweit zeitlich auseinander liegenden. Das Cystoscop wird bei Prostataerkrankung angewandt: 1) um bei beginnender Hypertrophie die Diagnose zu stellen (es ist gar kein anderes Instrument da, welches uns das sonst ermöglicht); 2) um uns bei weiter vorgeschrittener Erkrankung über die Configuration der Prostata und die etwaige Gegenwart eines Mittellappens zu vergewissern; 3) einen Stein, der durch andere Methoden icht hat gefunden werden können, mit Sicherheit zu sehen und zu demonstriren. Aus diesen Gründen ist die Cystoscopie für die Prostataerkrankung als vorläufige Operation ausserordentlich wichtig und im Grossen und Ganzen stets angezeigt. Aber ich habe sie im Laufe der Jahre bei vorgeschrittener Prostataerkrankung fürchten gelernt, speciell in Fällen, wo die Nieren schon afficirt waren. In Fällen von Pyelonephritis, die ja so häufig bei vorgeschrittener Prostataerkrankung als Complication auftritt, sollte man sich sehr lange besinnen, ob die Cystoscopie als solche absolut indicirt ist. Es ist mir schon mehrmals passirt, trotz sicherer Sterilisation des Cystoscops, und trotz zartester Führung des Instrumentes, dass der Patient nicht mehr zur weiteren Operation kam. Die einfache Cystoscopie erzeugte ein solches Wiederaufflackern alter septischer Erkrankungen, dass die Bottini'sche Operation unausführbar wurde. Ueberhaupt ist ja die Prostata ein Organ, welches das Instrumentiren schlecht verträgt. Eine grosse Anzahl hervorragender Urologen rathen deshalb bei Gegenwart eines Steines und Prostatahypertrophie mehr zum Steinschnitt als zur Litholapaxie. Es sind bei intravesicalen Manipulationen und Gegenwart von Prostatahypertrophie zwei Hauptpunkte zu berücksichtigen. Der eine ist, wenn es geht, die pars prostatica nicht mehr als nothwendig auszudehnen, d. h. ein Instrument zu gebrauchen, das ein nicht zu grosses Kaliber hat, und der zweite, die Operation so viel wie möglich abzukürzen, um die Prostata möglichst wenig zu irritiren oder zu verwunden. Von diesem Standpunkt aus möchte ich auch den von Dr. Freudenberg und Dr. Bierhoff construirten Prostataincisor betrachten. Was tauschen wir bei dieser Modification des Instruments ein? Erlauben Sie mir, Herr Präsident, den für gewöhnlich bei der Bottini'schen Operation gebrauchten Incisor damit zu vergleichen. Dieses ist das Instrument, das, glaube ich, heute Abend demonstrirt wurde, und dieses ist der Incisor, wie ich ihn gewöhnlich brauche, der einen 8 cm langen Schnitt gestattet. Sie sehen, dass das andere Instrument dicker ist, wie Ihnen

jedenfalls vom Vorredner mitgetheilt worden ist, 26 franz. statt 23. Zweitens ist es erheblich kürzer. Wir haben häufig bei Prostatahypertrophie eine Harnröhrenlänge von 26, 27 und mehr cm. Es ist dann für den Patienten nicht gleichgültig, ob man die pars pendula gewaltig nach Innen zu comprimiren muss, um mit dem Schnabel das Blaseninnere bequem zu erreichen. Der dritte Punkt scheint mir vor allem wichtig, nämlich, dass das Messer dieses Incisors kürzer ist. Wenn man es genau ausmisst, so ist der Unterschied ½ cm, und das macht für den Erfolg der Operation ganz erheblich viel aus. Der Hauptschnitt ist der nach hinten. Geht der tief genug, d. h. durchtheilt er die Drüse bis genau auf das Niveau des Blasenfundus, so sollte unter gewöhnlichen Verhältnissen der Erfolg der Operation funktionell gut sein. Es ist ohne Weiteres klar, dass ein kürzeres Messer weniger tief schneidet. Freudenberg selbst hat schon hierauf aufmerksam gemacht. Ich habe bis jetzt 36 Patienten unter meiner sorgfältigsten Behandlung und Beobachtung gehabt und kann behaupten, dass wenn die pars prostatica bis auf den Fundus vertieft wurde, und der Schnitt die Prostata in ganzer Länge durchtheilte, der Patient curirt ist. Der Urinact drängt die Theile der Prostata auseinander, und erhält mit das Erreichte. Wenn man demnach die beiden Instrumente mit einander vergleicht, so hat naturgemäss dieses neue Instrument ganz erhebliche Nachtheile, obgleich man sehen kann, wo der Schnabel in der Blase die Drüse einhakt. Persönlich habe ich noch keine practische Erfahrung mit dem neuen Instrument. Gleich nachdem Freudenberg dasselbe im April dieses Jahres auf dem Chirurgencongress in Berlin demonstrirte, hatte ich es mir bestellt. Man versprach mir, es im Sommer zu liefern. Ich wollte es natürlich probiren und hatte auch mit dem Herrn Präsidenten darüber correspondirt, es hier zu demonstriren. Ich konnte damals nicht wissen, dass einer der Erfinder hierher zurückkehren und dieses thun würde. Im letzten Augenblick hiess es, ich könne das Instrument nicht bekommen, denn es sei ein Contract mit dem Verfertiger geschlossen worden, das Instrument nicht vor Mitte October in den Vereinigten Staaten abzuliefern. Aus Mitte October wurde Mitte November, und so habe ich das Instrument erst vor 14 Tagen erhalten und kann noch nicht sagen, wie es in praxi arbeitet. Aber selbst wenn ich es gehabt hätte, ich glaube, ich hätte es vorerst nicht angewendet. Wegen der nothwendigen Nähe von Prisma und Schnabel erscheint letzterer erheblich vergrössert; der auf ihm sichtbare Lichtspiegel ist dem Auge unangenehm. Endlich sieht man nur am Rande des Bildes eine schmale Zone von Prostata und Blasenfundus oder Blasenwand vor sich. Man sieht deshalb nicht ganz genau, ob man die Prostata wirklich tief genug eingehakt hat, man sieht nur die Richtung. Wenn man nun mit diesem Vortheile alle die genannten Nachtheile, die dieses Instrument naturgemäss in sich birgt, eintauschen soll, so ist das nach meiner Ansicht eine Complication des Instrumentariums, die der Bottini'schen Operation nicht zum Vortheil gereichen kann. Ich bin entschieden dafür, wenn es angeht, das Instrumentarium für die Bottini'sche Operation nicht zu compliciren, sondern möglichst einfach zu erhalten. Wenn wir das thun, so bleibt die Bottini'sche Operation eine der wichtigsten

Operationen, die wir heute für die Radikal-Behandlung der Prostata-Vergrösserung haben. Damit möchte ich dieses Instrument aber keineswegs verdammen. Ganz und gar nicht. Es giebt gewiss eine Anzahl Fälle, wo es mit grossem Vortheil angewandt werden kann, speciell bei frühzeitiger Operation; im Anfangs-Stadium kommen uns solche Fälle nur sehr selten zu Gesicht, die meisten sind, wenn sie zur Operation kommen, schon weiter vorgeschritten; zweitens solche Fälle, bei denen schon mehrfach die Bottini'sche Operation gemacht worden ist, aber noch irgend wo eine Obstruction besteht, die beseitigt werden muss. Da soll man versuchen, dieselbe unter Leitung des Auges einzuhaken. Ich bin der Ansicht, dass dieses Instrument zum Instrumentarium für die Bottini'sche Operation gehört. Im grossen Ganzen prophezeihe ich ihm aber keine grosse Zukunft. — Dr. F. Bierhoff (Schlusswort): Wir haben das Instrument nicht construiren lassen, damit es das Originalinstrument von Bottini ersetzen soll. Es sollte nur ein Ergänzungsinstrument für das Instrumentarium sein, und wir haben, wie gesagt, es construiren lassen, weil einige Operateure behauptet hatten, man solle nicht im Dunkeln arbeiten, wenn man unter Beleuchtung arbeiten kann. Es ist natürlich immer noch zu früh, ganz genau zu sagen, in welchen Fällen man es anwenden kann und wo es contraindicirt ist. Ich kann nur sagen, wir haben es in zwei Fällen gebraucht. In einem Fall, der von Freudenberg operirt wurde, als das Instrument noch nicht in dem vollendeten Zustand war, wie es jetzt ist, haben wir einen Schnitt unter Beleuchtung gemacht, konnten aber den cystoscopischen Theil nicht entfernen. Beim zweiten Fall haben wir vier Schnitte gemacht, zwei nach unten und zwei nach oben. Wir haben gefunden, dass das Instrument alles erfüllt, was wir von ihm verlangten. Wir konnten genau controlliren, wo wir schneiden wollten, wir konnten die Schnitte bezeichnen und konnten nachher controlliren, wo wir die Schnitte gemacht, und ob sie die Stelle getroffen hatten, die wir treffen wollten. Wir haben von vorn herein gänzlich davon abgesehen, während des Schneidens zu operiren, denn wir haben in der mit Wasser angefüllten Blase operiren müssen, und es ist selbstredend, dass, wenn man in der mit Wasser gefüllten Blase die Bottini'sche Operation machen will, man während der Operation nichts sehen wird, weil sich eben Gasbläschen bilden werden, die das Gesichtsfeld vollständig verschleiern. Das Instrument soll eben, wie gesagt, nur ein Ergänzungsinstrument sein. Wir wissen, dass es nicht in einem jeden Fall angewandt werden kann. Die vollständige Beschreibung des Instruments ist in der November-Nummer des Journal of Genito-Urinary Diseases gegeben worden, und weil es eben schon beschrieben worden war, habe ich mich damit begnügt, Ihnen das Instrument vorzulegen, ohne auf die Gründe und Gegengründe zur Operation und zur Anwendung des Instruments einzugehen. Ich wollte noch bemerken, dass es meine Erfahrung gewesen ist, dass wenn man nach der Cystoscopie eine heftige Reaction bekommt, dies auf einem von zwei Gründen beruht. Entweder ist die Asepsis mangelhaft gewesen, oder man hat die Blase selbst lädirt. Ob das eine inficirte Blase war oder eine noch nicht inficirte, ob der Urin Bacterien enthalten hat oder nicht, die Reaction beruht in jedem Falle

(ich habe es in jedem Falle controllirt), auf mangelnder Asepsis, oder auf einer Läsion der Blasenschleimhaut. — Dr. Willy Meyer: Gestatten Sie mir eine persönliche Bemerkung, Herr Präsident. Ich möchte den Herrn Vorredner entschieden ermahnen, mit solchen Schlüssen doch vorsichtig zu sein. Denn wir alle wissen, dass beim aseptischen Catheterismus, mit ausgekochtem Silber-Catheter in Gegenwart von Pyelonephritis und selbst ohne diese dieselben Symptome bei Prostatikern auftreten können. Wie kann man da behaupten, dass man entweder die Blase durch unsanfte Führung verlezt hat oder nicht aseptisch vorgegangen ist? Wir wissen, dass wir die vordere Harnröhre nie aseptisch machen können; also jeder Eingriff ist gefahrvoll. Ich möchte mich ganz entschieden gegen die Aeusserungen des Vorredners wenden und behaupten, dass wir Chirurgen alle, die wir Cystoscopie treiben, die Asepsis aufrecht erhalten und oft genug cystoscopirt haben, um die Blase nicht zu verletzen. Man kann selbstredend nicht verhindern, dass der unebene Schnabel des Cystoscops, auch wenn noch so zart und vorsichtig eingeführt, Epithel-Abschärfungen verursacht.

Dr. J. W. Gleitsmann (Präparat eines exstirpirten Kehlkopfes demonstrirend): Ich will mich kurz fassen. Die Bemerkungen sind wahrscheinlich weniger interessant als das Präparat, besonders da der Patient noch lebt und in verhältnissmässig guter Gesundheit ist. Das Präparat stellt den vollständig exstirpirten Kehlkopf eines 60jährigen Mannes dar, der Mitte October zum ersten Mal in meine Office kam, durch die Freundlichkeit eines Collegen in einer anderen Klinik zu mir geschickt. Der Mann sagte, er sei vor fünf Jahren nahezu erdrosselt worden, und seine Stimme hätte seitdem beständig gelitten, obwohl sonst seine Gesundheit befriedigend gewesen. Die erste Empfindung im Halse, die ihn unangenehm berührte, trat vor drei Monaten auf, und er hatte das Gefühl, als of etwas im Halse stecke, was nicht hingehöre. Seit Anfang October war die Stimme schwach und rauh. Die Inspection des Kehlkopfes ergab eine beträchtliche Schwellung, eine Geschwulstmasse in der Gegend des rechten Arytenoidalknopfels, die sich weit nach unten in das Innere des Kehlkopfes erstreckte. Eine genaue Inspection konnte keine Erkrankung der rechten Kehlkopfhällte ergeben. Das Aussehen der Geschwulst liess Malignität vermuthen. Um sicher zu sein, exstirpirte ich in der Klinik zwei oder drei Stücke, bat Herrn Dr. Heitzmann dieselben zu untersuchen, und benachrichtigte mich derselbe nach wenig Tagen, dass es Epitheliom wäre. Ich setzte mich mit Dr. Gerster in Verbindung; derselbe nahm Pat. im Mt. Sinai Hospital auf, und am 30. November wurde die Operation vorgenommen. Zuerst wurde die Tracheotomie gemacht und dann bei hängendem Kopf der Kehlkopf exstirpirt. Die ursprüngliche Absicht war, bloss eine halbseitige Kehlkopfexstirpation zu machen, und die Inspection des Präparats wird Ihnen auch zeigen, dass die rechte Hälfte des Kehlkopfes vollständig intact ist. Insofern war die laryngscopische Diagnose meinerseits richtig. Andererseits ergab sich in der Medianlinie unmittelbar unter der Haut eine fast wallnussgrosse Geschwulst von krebsartigem Character. Noch dazu war ein kleiner Krebsknoten aussen gefunden worden, und wurde es für besser befunden, den ganzen Kehlkopf

zu exstirpiren, da der Krebs schon nach aussen durchgebrochen war. Die Operation erfolgte dann in einer Tour, und der Kehlkopf wurde von unten herausgelöst. Ich kann nur hinzufügen, dass nach dem letzten Bericht von heute Morgen der Patient sich ganz wohl befindet.

Dr. F. W. Gleitsmann verliest den Bericht des Unterstützungscomités.

Die Versammlung beschliesst den Bericht anzunehmen.

Präsident Dr. Hermann G. Klotz: Da heute viele Mitglieder zugegen sind, möchte ich darauf hinweisen, dass dieser Unterstützungsfond von den Mitgliedern durch Beiträge erhalten werden sollte, die auch noch so gering sein können, und es ist nicht ursprünglich beabsichtigt, dass die Gesellschaft immer in die Tasche greifen soll. Wenn die Mitglieder $1.00 oder $2.00 oder auch nur 50 Cents per Jahr bezahlen, so kommt eine genügende Summe zusammen, um die Kosten dieses Comités in den meisten Fällen zu decken. Es wäre gewiss kein grosses Opfer, sondern eine grosse Erleichterung, wenn die Mitglieder sich zu einem solchen kleinen jährlichen Beitrag verpflichten wollten. Dadurch würde das Comité ein für alle Mal zu selbstständiger Existenz kommen, und brauchte die Kasse der Gesellschaft nicht in Anspruch zu nehmen.

Von Seiten des Verwaltungsraths habe ich nichts zu berichten, als dass derselbe verschiedene Sitzungen im Lauf des Jahres gehalten und nur die laufenden Geschäfte erledigt hat. Der protocollirende Secretär wird seinen Jahresbericht in der nächsten Sitzung einreichen.

Prot. Sec. Dr. John A. Beuermann: Ich möchte hier sagen, dass verschiedentlich darüber Klage geführt worden ist, dass die neu aufgenommenen Mitglieder ihre Diplome nicht rechtzeitig bekommen. Es liegt das zumeist an den Mitgliedern, die nicht rechtzeitig den Schatzmeister sehen und dann die Statuten unterzeichnen. Wenn das sofort nach der Aufnahme erfolgen würde, würden auch die Diplome früher verabfolgt. Alle Diplome derjenigen Mitglieder, welche die Statuten unterzeichnet und sich mit dem Schatzmeister in Verbindung gesetzt haben, sind ausgefertigt und können denselben in den nächsten Tagen zugeschickt werden.

Corresp. Sec. Dr. A. Rose verliest den Bericht des correspondirenden Secretärs.

Die Versammlung beschliesst, den Bericht anzunehmen.

Dr. F. Kammerer: Erfahrungen mit der Cocainisirung des Rückenmarks. (Ist in der Januarnummer als Originalarbeit erschienen.)

Discussion. Dr. M. Markiewicz: In der Münchener Medicinischen Wochenschrift hat Prof. Bier, der sozusagen der Begründer dieser Anaesthesie ist, davor gewarnt. Er sagt, diese Operation würde wohl eine grosse Zukunft haben, aber bis jetzt hätte das Cocain und auch das Eucain und alle verwandten Mittel durch Brechreiz, hohes Fieber und Collapszustand die Patienten auf mehrere Tage hingehalten, und er warnt daher sehr davor. Trotzdem ist er mit seinen Experimenten noch nicht fertig, er, sowohl wie Dr. Eden, der umfangreiche Experimente an Thieren mit sehr gutem Resultat vorgenommen hat. Er

meint aber, es müsse ein anderes analoges Mittel gefunden werden, als gerade dies Cocain. Trotzdem berichtet z. B. Dr. Kreis aus Basel, dass er in der Frauenklinik mehrere Operationen mit gutem Erfolg vorgenommen habe, doch die Narcose oder Analgesie dauerte nicht länger als 5 oder 10 Minuten. Ferner giebt Prof. Bier an, er hätte nie mehr als 15 mgr verwendet. Dr. Kreis aus der Schweiz sagt, er hätte 4 cgr angewendet. Man sollte sich doch hüten, dieses Mittel vorläufig anzuwenden, da Prof. Bier wahrscheinlich in kurzer Zeit eine Statistik und ein neues Mittel anstatt Cocain bekannt machen wird. — Dr. H. J. Boldt: Das Resultat der Beobachtungen von Dr. Kammerer deckt sich mit dem anderer Beobachter. Dieselben Fehlresultate hat wohl jeder gehabt, der interspinal Cocainisirung angewendet hat. In den letzten Worten warnt Herr Kammerer vor zu häufiger Anwendung von Cocain und stellt strenge Indication. Ich glaube, dass das der Schwerpunkt ist, die Indication zu stellen. Persönlich bin ich der Ansicht, dass wir, wie Dr. Kammerer sagt, interspinale Cocainisirung in Fällen anwenden sollen, wo eine allgemeine Narcose contraindicirt ist. Nun habe ich zufälliger Weise auch die Erfahrung gemacht, dass in einem Falle, wo gerade eine Contraindication vorlag, auch die interspinale Cocainisirung vollständig fehlschlug, und zwar selbst die zweite Einspritzung. Wir warteten nach der ersten Einspritzung von 20 Tropfen einer 2% Cocainlösung 20 Minuten. Dann wurde eine zweite Einspritzung gemacht und abermals 15 Minuten gewartet, abermals ohne Erfolg, und es wurde zur allgemeinen Narcose geschritten. Dr. Kammerer hat ja in einem seiner Fälle, die er vortrug, in einem solchen Fall die Cocainisirung mit Glück gebraucht, in einem Fall, wo eine gangraenöse Hernie vorhanden war. Solche Patienten vertragen ja die allgemeine Narcose sehr schlecht, und in solchen Fällen sollen wir die Cocainisirung des Rückenmarks vornehmen. Was nun die Wirkung, die Nebenerscheinungen anbetrifft, die durch Druckveränderung hervorgerufen werden oder durch die giftige Wirkung des Cocains, so möchte ich darauf aufmerksam machen, dass ich vor 15 Jahren die Ehre hatte, in dieser Gesellschaft einen Vortrag über die physiologische Wirkung des Cocains zu halten. Der Vortrag wurde damals in der New Yorker Medicinischen Presse veröffentlicht. Das Ergebniss meiner Experimente war vollständig denen gleich zu stellen, welche jetzt bei der cerebrospinalen Injection beobachtet werden. Es ist absolut kein Unterschied, und die Symptome sind genau dieselben. Infolgedessen muss ich zu der Schlussfolgerung kommen, dass man doch die Nebensymptome zum grossen Theil auf das Cocain schieben soll und nicht auf den Unterschied im Druck der cerebrospinalen Flüssigkeit. Was die Technik anbetrifft, die bei unseren Misserfolgen angewendet wurde, so unterliegt dieselbe keinem Zweifel. Sie war in jedem Fall vollständig correct. Wir bekamen stets cerebrospinale Flüssigkeit und machten die Punktion stets zwischen dem 4. und 5. Rückenwirbel, einmal zwischen dem 3. und 4. Im Grossen und Ganzen muss ich nun sagen, dass ich von der intraspinalen Cocainisirung nicht besonders erbaut bin, und zwar aus folgenden Gründen: Einmal der ganz bedeutenden Nebenerscheinungen wegen, welche doch öfter hervorgerufen werden. In einem Fall meiner Privat-

praxis vor nicht allzulanger Zeit — es dürfte der letzte Fall sein, in welchem ich Cocainisirung gebrauchte — bei einer Entbindung, da waren die Nebenerscheinungen wirklich sehr besorgnisserregend, so dass ich fürchtete, es könnte der Patientin etwas ähnliches zustossen, wie damals in einem Fall, als ich meine klinischen Experimente machte, wo die betreffende Patientin vollständig bewusstlos wurde. Dann ist die Punktion doch auch nicht schmerzlos. Wenn man auch sagen kann, dass der Schmerz nicht bedeutend ist, aber wenn mitunter 2, 3 und auch 4 mal eingestochen werden muss, so ist das doch recht unangenehm für den Patienten. Dann sehe ich auch nicht ein, wenn wir doch eine so ziemlich sichere allgemeine Narcose haben, ich meine nicht Chloroform und Aethernarcose allein, sondern Aether und Gasnarcose, wo doch nur ein Todesfall in 100,000 Fällen vorkommt — wenigstens nach den Londoner Berichten — warum wir uns nicht, mit sehr wenigen Ausnahmen, doch lieber zur allgemeinen Narcose entschliessen sollen. Ferner ist es doch auch nicht angenehm für die Patienten, dass sie vollständig bei Bewusstsein sind. Es wird ja meist die Vorkehrung getroffen, dass das Gesichtsfeld bedeckt wird, sadass der Patient die Vorgänge der Operation nicht sehen kann. Trotzdem entfährt doch hin und wieder während der Operation ein Wort, und es kann dem betrffenden Operateur nicht angenehm sein, wenn der Patient das hört. Infolgedessen muss ich sagen, dass wir uns doch sehr einschränken und ganz genaue Indication stellen sollten, ehe wir zur intraspinalen Cocainisirung schreiten. — Dr. Willy Meyer: Ich glaube mit Dr. Kammerer und vielen anderen Collegen, dass uns in der intraspinalen Narcose ein kolossaler Fortschritt in Bezug auf das schmerzlose Operiren erwachsen ist. Wenn man nur einen Augenblick bedenkt, wie häufig uns weit vorgeschrittene, schwere chronische Fälle aller Art entgegentreten, an denen operirt werden muss, und welcher Sorge man sich früher hingegeben hat im Gedanken, dass zu alledem und zur Operation noch die allgemeine Narcose hinzu addirt werden muss, so kann es keinem Zweifel unterliegen, dass die Chirurgie der unteren Körperhälfte durch die Spinalanaesthesie einen grossen Fortschritt gemacht hat. Allerdings muss ich sagen, dass wir bei diesem Fortschritt ganz und gar nicht vergessen sollten, die allgemeine Narcose als solche gefahrloser zu machen. Ich meine die allgemeine Narcose mit Hilfe der bekannten Narcosemittel. Und ganz nebenbei werden Sie mir, Herr Präsident, die Bemerkung wohl gestatten, obwohl sie nicht direct in dieses Kapitel gehört, das wir heute discutiren, dass die meisten Aerzte leider vorläufig von den von Schleich präcisirten Principien der allgemeinen Narcose abgekommen sind. Ich habe mich von Anfang an für diese Schleich'sche allgemeine Narcose ausserordentlich interessirt. Nur dadurch, dass ein hervorragender Physiologe diser Stadt s. Zt. ausfand, dass Petroleumäther kein Narcosemittel ist, gab ich die von ihm angegebene Mischung selbst auf. Falls doch einmal dabei ein Narcose-Tod eintreten sollte, könnte man hierzulande vor Gericht schlecht abkommen. Den von Schleich aufgestellten Principien bin ich aber treu geblieben. Ich bin aber der festen Ueberzeugung, dass die allgemeine Narcose mit Hilfe unserer bekannten Narcosemittel auf Schleich's Methode aufgebaut, noch eine

grosse Zukunft hat. Ich meine also, man sollte über den Enthusiasmus, den uns dieses neue Mittel giebt, die allgemeine Narcose nicht vergessen, und wir werden gewiss noch für viele Jahre darauf zurückkommen müssen. Was die Technik betrifft, die Dr. Kammerer so eingehend beschrieben hat, so möchte ich doch auch auf das hinweisen, was Dr. Boldt eben erwähnte, dass die Injection aber zu schmerzhaft ist. Aber man kann, mit Ausnahme des Augenblicks, wo die Nadel in den subarachnoidealen Raum eintritt, die Injection absolut schmerzlos machen. Wenn man zunächst mit Aethylchlorid die Haut besprayt, dann die Schleich'sche Eucainlösung einspritzt bis zur Wirbelsäule und dann die Nadel nachschiebt. Das ist gewiss sehr wichtig bei ängstlichen Patienten. Ferner glaube ich auch, dass das langsame Injiciren der Cocainlösung von ausserordentlicher Wichtigkeit ist. Wir alle haben seit 16 Jahren, seitdem wir das Cocain kennen, gelernt, dass man es speciell als Gehirngift ansieht. Wenn es nun wahr ist, und nach den Experimenten, die Dr. Kammerer mittheilt, ist es offenbar wahr, dass bei schneller Einspritzung die Flüssigkeit sich schnell durch die Cerebrospinal-Flüssigkeit vertheilt, so ist es klar, dass dies bei langsangsamen Einspritzen nicht so leicht geschieht, vielmehr die Flüssigkeit im unteren Ende des subarachnoidealen Raumes bleibt. Bier hat darauf hingewiesen, dass die Nervensubstanz gleichsam gierig diese Flüssigkeit ansaugt und dadurch analgetisch gemacht wird. Wenn man nun sehr langsam einspritzt, so wird wohl im Grossen und Ganzen die Giftwirkung des Cocains sehr selten eintreten. Die Lösung wird schon unten einfach verbraucht. Was vielleicht ein Misslingen der Analgesie hervorbringen kann, ist, wenn man den Rath Biers nicht befolgt und sofort nach der Injection die Nadel wieder entfernt. Es ist ganz naturgemäss, wenn man durch einen mit Flüssigkeit gespannten Sack sticht, und die Nadel sofort extrahirt, dass die Flüssigkeit wieder heraussickern kann; deshalb soll man volle zwei Minuten warten, bis die Vertheilung mit cerebrospinaler Flüssigkeit vor sich gegangen ist. Es würde gewiss zu weit führen, in alle die Detailfragen dieses interessanten Verfahrens einzugehen. Nur eins möchte ich noch erwähnen: die eventuelle Wichtigkeit, das specifische Gewicht der eingespritzten Flüssigkeit zu berücksichtigen. Wie mir Dr. Marx erzählte, ist Dr. Tait in San Francisco dabei, interessante Experimente zu machen. Er hat vorgeschlagen, dass man bei der Punction ca. 15—20 Tropfen der Cerebrospinal-Flüssigkeit in einem sterilen Glas auffangen soll, das Cocain hineinthun und diese Flüssigkeit dann neuerdings wieder einspritzen. Das leuchtet mir als ausserordentlich vernünftiger Vorschlag ein. Man braucht die normale Körperflüssigkeit wieder, die steril geblieben ist, nachdem sie mit Cocain versetzt wurde. So stehen wir vor vielen interessanten Versuchen und werden noch viel zu lernen haben. Ich will mich zum Schluss wenden. Dr. Kammerer erwähnte, dass er bei einer nervösen Dame sehr leicht die Cystoscopie ausführen konnte, die sonst nicht möglich gewesen wäre. Ich glaube, dass für viele Fälle in der Chirurgie des uropoëtischen Systems die Cocainisirung des Rückenmarks ein ideales Verfahren ist. So sah ich dies letzthin bei zwei Fällen von Bottini-Operationen. Ein 75jähriger Herr, der schwere Pyelo-

nephritis hatte, eine seit zehn Jahren bestehende suprapubische Fistel trug und des Lebens müde war, verlangte absolut die Operation. Die Narcose mit Spinal-Analgesie war einfach ideal. Wir konnten die Operation ohne jeden Schmerz ausführen, und wie wir fertig waren, fragte Patient, ob wir schon angefangen hätten. Bei dem zweiten Fall haben wir vor der Bottini'schen Operation zugleich einen Stein zertrümmern können, ohne jede Beschwerde. Wer jemals beobachtet hat, welche Schmerzen es hervorruft, die Blase plötzlich auszudehnen und anzusaugen, wie dies bei Litholapaxie nothwendig ist, muss die grossen Vortheile dieses Verfahrens erkennen. Natürlich müssen üble Nachwehen, wie Erbrechen, Schüttelfrost und Fieber für 1—2 Tage, heftige Kopfschmerzen auf der anderen Seite mit in den Kauf genommen werden. Doch wir finden einen Theil derselben auch nach der allgemeinen Narcose. So glaube ich denn, was ja vollkommen mit den Ansichten Anderer übereinstimmt, dass wir wieder einen grossen Fortschritt zu verzeichnen haben. Aber wir sollten uns klar machen, mit dieser Art der Anaesthesie nur auf strengste Indication hin vorzugehen. Wir sollten uns auch dessen erinnern, dass auch nach dieser Methode Todesfälle vorgekommen sind, ja schon nach einfacher Lumbarpunktion. Jede Methode der Anaesthesie hat eben ihre Todesfälle, mit Ausnahme der Schleich'schen Lokalanaesthesie, die aber leider nicht überall anzuwenden ist. Wir sollten also in jedem Falle erst sorgfältig das pro und contra erwägen. — Dr. W. Freudenthal: Die Versuche von Dr. Kammerer und anderen Aerzten dürften wohl das Interesse eines jeden Collegen in Anspruch nehmen. Wenn es mir gestattet ist, trotzdem ich gar keine persönliche Erfahrung in der Sache habe, eine Bemerkung zu machen, so muss ich sagen, dass ich das Gefühl habe, als ob wir es mit einer sehr gefährlichen Methode zu thun hätten. Ich kann das nur aus der Analogie anderer Versuche schliessen, die ich im Anfang der Cocainaera gemacht habe. Es war ganz im Anfang, als das Cocain bekannt wurde, zu einer Zeit, da ich auch nicht das Buch des Collegen Boldt gelesen hatte, dass ich die Idee hatte, als ob es möglich wäre, Hypertrophien der Nasenmuscheln durch einmaliges oder mehrmaliges Einspritzen einer leichten Cocainlösung dauernd zu beseitigen. Ich habe die fürchterlichsten Erscheinungen darnach beobachtet. Ich konnte da deutlicher als irgend wo anders sehen, dass Cocain ein wirkliches reines Gehirngift ist. Ich hatte gleich das erste Mal ziemlich schwere Erscheinungen, die ich nicht dieser Thatsache zuschrieb. Dann spritzte ich wieder ein, und es kamen keine Erscheinungen. Das letzte Mal hatte ich aber einen derartigen Collaps, dass ich den Patienten vier Stunden lang in meinem Hause behalten musste. Ich fürchte mich vor derartigen Injectionen ausserordentlich, freue mich aber, dass die Chirurgen viel optimistischer sind und werde mich noch mehr freuen, wenn wir in dieser Beziehung zu einem guten Resultat kommen werden. — Dr. B. S. Talmey: Ich möchte mir erlauben, eine Frage an Herrn Dr. Kammerer zu stellen, nämlich ob bei diesen 39 Fällen, bei denen er Cocain angewendet hat, die allgemeine Anaesthesie contraindicirt war. — Dr. Kammerer: Nein. — Dr. Talmey: Wenn nicht, dann sehe ich nicht ein, wozu diese Methode angewendet worden ist.

Eine Methode, bei der er unter 39 Fällen 10 Misserfolge gehabt hat, also über 25 Procent, bei der er alle unangenehmen Erscheinungen gehabt hat, wie sie nur selten bei der allgemeinen Narcose vorkommen, von der ist man doch nicht berechtigt, mit solchem Enthusiasmus zu sprechen, vor dem Dr. Willy Meyer mit Recht warnt. Ich glaube nicht, dass diese Methode die allgemeine Anaesthesie verdrängen kann und wird. Wie kann man überhaupt noch von Verdrängen sprechen, wenn man 25 Procent Misserfolg hat und alle möglichen unangenehmen Nebenerscheinungen gesehen hat. Von einer solchen Methode sollte man Abstand nehmen, mit Ausnahme vielleicht bei dem 70jährigen Mann des Dr. Willy Meyer, bei dem man auch noch vielleicht die allgemeine Anaesthesie hätte anwenden können. Ich habe in meiner klinischen Erfahrung gefunden, dass man die allgemeine Anaesthesie, wenn man nur mit etwas Vorsicht vorgeht, fast überall anwenden kann. Wenn man diese neue Methode nur in Ausnahmefällen anwenden wollte, dann würde man keine 39 Fälle zum Experimentiren haben, wozu der Arzt, da es sich um Menschen handelt, keine Berechtigung hat. — Dr. Jos. Fraenkel: Ich möchte nur auf die anatomische Thatsache aufmerksam machen, dass an der Einspritzungsstelle zwischen dem dritten und vierten Lumbarwirbel das Rückenmark selbst bereits aufgehört hat. Es reicht bis in die Höhe des ersten bis zweiten Lenden-Wirbels. Was man also mit der Nadel erreicht, sind blos die Fasern der Cauda equina. Man kann also nach der Einspritzung von keiner directen Einwirkung auf das Rückenmark, nur von einer mehr oder minder directen Wirkung auf diese Fasern sprechen. Die Fasern, die dann in das Rückenmark kommen, unterbrechen jedenfalls nur die Leitungssensibilität und nicht die Reflexthätigkeit. Während sie eine Anaesthesie der unteren Theile hervorbringen, unterbrechen sie nicht den Reflex. Von diesem Standpunkt aus, dem Erhaltenbleiben des Reflextonus, wäre vielleicht ein Anhaltspunkt für die Chirurgie gegeben, die Indication noch enger zu fassen. — Dr. F. Kammerer (Schlusswort): Ich habe nur wenig zu sagen. Ich war erstaunt, zu hören, dass Dr. Boldt bei geburtshülflichen Fällen schlimme Erfahrungen gemacht hat. Ich habe geglaubt, dass gerade in diesen Fällen die Cocainisirung, wie die allgemeine Narcose, ausgezeichnet vertragen wird. Was die von Dr. Boldt erwähnte Statistik betrifft, von einem Todesfall auf 100,000 Narcosen, so glaube ich doch, dass diese Zahl viel zu nieder gegriffen ist, abgesehen von den Todesfällen, die indirect der Narcose zuzuschreiben sind. Ich möchte Dr. Freudenthal fragen, wie viel Cocain er angewendet hat. Wir wissen ja alle, dass Vergiftungserscheinungen nach äusserer Application von Cocain sehr leicht bei dazu Disponirten eintreten. Die Verhältnisse liegen hier anders, als bei der intraspinalen Einspritzung, indem das Cocain dierct in den Kreislauf gelangt, wenn es z. B. auf die Nasenrachenschleimhaut applicirt und daselbst resorbirt wird.

Dr. L. Weber: Krankengeschichte eines interessanten Falles von Actinomycosis und einer schweren Morphinvergiftung, geheilt mit subcutanen

Potass. permanganate Einspritzungen. (Die Fälle sind in der Märznummer und der vorliegenden Nummer publicirt.)

Discussion. Dr. A. Rose: Ich habe mehrere Male sehr schwere Morphiumvergiftung behandelt und fand eine sehr prompte Wirkung und ausgezeichneten Erfolg von der Begiessung des Kopfes mit kaltem Wasser aus grosser Höhe. Ich will hier wegen der Kürze der Zeit nicht auf die Krankengeschichte eingehen, aber ich könnte mich gar nicht versucht fühlen, irgend etwas anderes zuerst zu versuchen. Da ich nicht weiss, ob dies Verfahren allgemein bekannt ist, so möchte ich also hier mittheilen, wie günstig die Begiessungen des Kopfes aus grosser Höhe mit Kaltem Wasser wirken.

Dr. Heitzmann berichtet für das Wahlcomité die Erwählung der folgenden Beamten für das Jahr 1901:

Zum Präsidenten: Dr. Geo. W. Jacoby. Zum Vice-Präsidenten: Dr. Louis Heitzmann. Zum protocollirenden Secretär: Dr. J. A. Beuermann. Zum stellvertretenden prot. Secretär: Dr. A. Ripperger. Zum correspondirenden Secretär: Dr. A. Rose. Zum Schatzmeister: Dr. S. Breitenfeld. Zum Aufnahme-Comité: Dr. J. W. Gleitsmann, Dr. H. G. Klotz, Dr. W. Freudenthal, Dr. Willy Meyer.

Schluss und Vertagung.

Dr. J. A. Beuermann, prot. Secretär.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Gude's Pepto-Mangan bei Menstruationsstörungen. E. Rosenthal berichtet in einer interessanten Arbeit „The Medical Treatment During the Adolescent Period" (The Medical Fortnightly), dass er bei der Behandlung von Menstruationsstörungen die verschiedensten Eisenpräparate versucht und in Anwendung gebracht hatte und immer wieder zu Gude's Pepto-Mangan zurückgekommen sei, das nach seiner Erfahrung zur Zeit das am meisten gebräuchliche Präparat sei. Da eine ziemliche Anzahl ähnlicher Präparate auf dem Markte ist, muss man darauf achten, dass man auch wirklich das Gude'sche Präparat erhält. R. hat ein besonderes Erkennungszeichen, ob Letzteres der Fall ist. Er lässt nämlich das Gude'sche Pepto-Mangan immer mit Milch nehmen. Wenn die Mischung klar bleibt und nicht gerinnt, so ist dies ein sicheres Zeichen, dass das ächte Präparat dispensirt worden war. Ausserdem gebraucht er die Vorsicht, auf dem Recept ausdrücklich die Bezeichnung „Gude" beizufügen. Er verordnet gewöhnlich einen Theelöffel voll alle 3—4 Stunden, je nach dem Zustande der Patientin. Ist die Patientin sehr anämisch und zugleich auch sehr nervös, so setzt er sie ausserdem noch auf Milchdiät und erhöht nach und nach die Dosis bis zu einem Esslöffel voll 3 oder 4 mal täglich. Diese Behandlungsweise wird beibehalten bis nicht nur die Menstruationsstörung behoben, sondern auch der Allgemeinzustand ein befriedigender geworden ist. Auf diese Weise hat R. in allen Fällen mit Gude's Pepto-Mangan ausgezeichnete Resultate erzielt, wie er speciell durch die Wiedergabe von drei Krankengeschichten des Weiteren erläutert.

— Xeroform. A. Japha in Berlin äussert sich über das Xeroform (Deutsche Aerzte-Zeitung, 1901, Heft 1) in folgender Weise: Xeroform ist ein sehr feines, gelbes Pulver von neutraler Reaction, leicht phenolartigem Geruch, geschmacklos, unlöslich in den meisten Lösungsmitteln (Wasser, Alcohol, Pflanzenölen, flüssiger Vaseline, Chloroform). Es ist lichtbeständig und verträgt Temperaturen über 120°. Characterisirt ist es als Tribromphenol-Wismuth, d. h. als Tribromphenol, in dem die freie, sonst toxisch wirkende Hydroxylgruppe an Wismuth gebunden ist. (Diese Angaben nach Dr. L. Reynders, Monographie, Nancy 1896.) Das Mittel soll als Ersatz des Jodoforms dienen, vor dem es folgende Vorzüge hat: 1. Absolute Ungiftigkeit. Hueppe hat tägliche Dosen von 6—7 g angewandt, Reynders (l. c.) 5—6 g eingenommen, ohne üble Nebenwirkung. 2. Reizlosigkeit, darin stimmen alle Berichte überein. 3. Geruchlosigkeit. 4. Keimfreiheit. 5. Starke Wirkung auf Bacterien. Darüber liegen Untersuchungen von W. Schmidt (I.-D., Bern, Jena, Gustav Fischer, 1897) vor. Danach wirkt Xeroform stärker als Jodoform und seine Ersatzmittel (Jodol, Dermatol, Aristol, Aristoform, Airol). Doch können die Resultate ohne weiteres nur für künstliche Nährböden gelten. Andererseits wieder wird der Angabe nach das Präparat durch die Zellwirkung besser aufgeschlossen, so dass in praxi die Wirkung noch besser sein müsste. 6. Die Sterilisirbarkeit des Medicamentes durch Hitze. Endlich wäre noch als wichtig zu erwähnen, dass entgegen mehreren Jodoformersatzmitteln Xeroform nicht theurer ist als dieses, zudem noch specifisch bei weitem leichter, so dass es sich in der Anwendung bei weitem billiger stellen soll.

Ueber die Anwendung in der Chirurgie liegt zunächst ein Bericht von Grünfeld vor aus der Abtheilung von Prof. Hofmokl (Wiener med. Blätter, 1897). Das Mittel wurde bei 85 Kranken der Abtheilung mit gutem Erfolge verwandt, es handelte sich um grössere und kleinere Wunden (auch Bruchoperationen, Amputatio femoris), eiternde und jauchende Prozesse, daneben um Ulcera cruris, venerische Affectionen, Blenorrhoea vaginae. Gerühmt wird die sectionsbeschränkende Wirkung, die desodorisirende Kraft. Letztere wird dadurch erklärt, dass die riechenden Schwefelverbindungen sich mit dem Wismuth zu geruchlosem Schwefelwismuth verbinden (Schwarzfärbung der Gaze). Demnächst soll es gut blutstillend sein, schmerzstillend, niemals reizend wirken, dagegen die Heilungsdauer durch Anregung der Granulationen abkürzen. Die Art und Weise der Anwendung ist analog der des Jodoform, die Wunden werden mit Xeroformpulver in dünner Lage bestreut, dann mit Xeroformgaze (10—30%ig, dieselbe kann bei 110° sterilisirt werden) bedeckt. Die Wunden müssen vorher von Blutcoagula, Eiter, Borken gereinigt sein, weil die Wirksamkeit des Mittels an die Wirkung der lebenden Gewebe gebunden sein soll. Ein Zuviel von Pulver ist zu vermeiden, um das Zusammentrocknen zu Borken zu verhindern. Die Gaze soll nur geknüllt aufgelegt werden.

Aehnlich günstige Berichte liegen vor von Dr. Fink (Wiener klin. Rundschau, 1897) und Oberarzt Dr. Theodor Beyer (Wiener med. Blätter, 1896, No. 52). Letzterer hat es bei Soldaten unter ungün-

stigen Verhältnissen bei inficirten Wunden, namentlich auch bei Wundlaufen und Wundreiten angewandt. In letzterem Fall wurde die Wunde nach Reinigung nur mit dünner Schicht des Pulvers und Heftpflaster bedeckt. Endlich liegt noch ein Bericht aus dem spanisch-amerikanischen Kriege von Noguera (Rivista di Medicina y Cirurgia Practica, 1899) vor. Danach ist auch die vorläufige Behandlung von Schusswunden mit dem Mittel von bester Wirkung. An Stelle des Pulvers und der Gaze kann man eventuell auch Salben, Stifte, Schüttelmixturen (10%) verwenden.

Sehr gerühmt wird das Mittel bei Haut- und Genitalerkrankungen (cf. die Arbeiten von Heuss, Zürich, Therap. Monatsh., April 1896, Metall aus der Wiener allgemeinen Poliklinik, Wiener med. Presse, 1897, No. 39; Ehrmann, Wiener med. Blätter, 1898, No. 22). Es wurde verwandt zur Behandlung von Beingeschwüren nach vorangegangener feuchter Behandlung als Xeoroformpulver plus Zinkleimverband, und soll auch ohne Bettlage in kurzem Heilung gebracht haben, ferner bei localisirten nässenden Eczem, bei Verbrennungen zweiten Grades, sogar bei tuberculösen Geschwüren. Grünfeld (l. c.) berichtet sogar über die prompte Heilung eines Jodoformeczems unter Xeroformanwendung. Endlich seien noch die Erfolge der Anwendung bei Impetigo und scrofulösen Nasen-Eczemen erwähnt.

Besondere Erfolge soll man mit dem Mittel bei Ulcus molle erzielen, die Wirkung wird von verschiedenen Autoren als beinahe specifisch gepriesen, und übereinstimmend geben alle an, dass Drüseneiterungen dabei äusserst selten beobachtet werden.

Die Anwendung erfolgt nach Grünfeld am besten so, dass man nach gründlicher Reinigung des Geschwürs mit antiseptischer Lösung das Pulver mit einem Wattepinsel aufträgt; so gelangt es mit allen Buchten in innigen Connex. Als Deckschicht dient Gaze, doch kann dieselbe, z. B. bei Phimosenoperationen, fortbleiben, da das Mittel gut klebt.

Verwandt wurde Xeroform auch zur Tamponade der Vagina, ferner zu Insufflationen in Nase, Larynx und Ohr. Zu letzteren soll man besser das griesförmige Xeroform benutzen.

Ueber die Anwendung in der augenärztlichen Praxis liegt neben anderen ein Bericht von Friedland (Wiener med. Presse, 1898, No. 22) vor, der es bei Verletzungen der Lider, Conjunctivitis eczematosa (nach Entfernung der Eczemkrusten), als Streupulver in den Bindehautsack nach Enucleatio bulbi und bei Reizzuständen der Bindehaut infolge Tragens einer Prothese benutzte. Bei der Behandlung der Hypopyon-Keratitis wird es namentlich von Zirm (Wiener klin. Wochenschrift, 1899, No. 9) gerühmt, es soll als Decke über dem Geschwür das Eindringen von Microorganismen hindern, zudem vollkommen reizlos sein. Mit Einspritzung von Xeroformemulsion behandelte derselbe die Thränensackblennorhoe.

Auch für die Ausfüllung kranker Zähne scheint sich Xeroform sehr zu eignen nach den Berichten von Max Carow und Westkins (Zahnärztl. Rundschau, 1898). Eine schmerzstillende Wirkung konnte allerdings nicht festgestellt werden. Dagegen eignet sich das Mittel zur

Desinfection von Zahnpulpen und auch zur dauernden Ausfüllung der Wurzelkanäle kranker Zähne (ev. nach folgendem Recept: Xeroform 5,0, Thymol 5,0, Formalin gtt. III, Ol. Cassiae q. s. ut fiat pasta mollis).

Endlich ist noch die innere Darreichung des Mittels zu erwähnen nach den Versuchen von Hueppe (Die Cholera-Epidemie in Hamburg, Berl. klin. Wochenschrift, 1893, No. 7) und Fasano-Neapel (Archivio Internaz. di med. e chir., 1897). Reynders (l. c.) hat die Wirkung des Mittels experimentell durch Verminderung der Harngiftigkeit feststellen zu können geglaubt, die nach Bouchard mit der Verminderung der Resorption toxischer Producte durch den Darm abnehmen soll. Es soll wirken durch Spaltung in Tribromphenol, das antiseptisch wirkt, und Wismuthoxyd, das mit den Toxinen eine Verbindung eingehen soll. Hueppe gab bei Cholera 5—7 g täglich, sonst giebt man bei Darmcatarrhen (auch Tuberculose) 0,5—1 g dreimal täglich und öfters, selbst bei Kindern. Viel kleinere Dosen noch (0,3—0,5 bis zur Tagesdosis von 2,5—3,5 g bei Erwachsenen; 0,1—0,25 bis zur Tagesdosis von 1.0—1.2 g bei Kindern) wurden von Petrusci (Rendiconti dell' Assoc. med.-chir. di Parma 1900 No. 8) wirksam gefunden, selbst bei acuten Darmcatarrhen, bei denen auch die antiseptische Wirksamkeit des Mittels in Betracht kommen soll. Ein geringer Theil des Tribromphenols wird durch den Urin ausgeschieden, das Wismuthoxyd durch den Stuhl. Bemerkenswerth ist die Desodorisirung der Stühle. Zum Schlusse sei noch erwähnt, dass man das Mittel innerlich (Ehrmann, l. c.) bei Urticaria, die auf Autointoxication beruhen sollte, gegeben hat, angeblich mit sehr gutem Erfolg.

Kleine Mittheilungen.

— Am 4. ds. feierte Professor Dr. Abraham Jacobi sein 50-jähriges Doctorjubiläum. Wir vereinigen unsere Glückwünsche mit den vielen anderen, die dem hochverdienten Gelehrten an diesem Jubeltage zu Theil wurden, und rufen ihm ein aufrichtiges „Ad multos annos" zu.

— Rudolph Virchow Stiftung. Am 13. October dieses Jahres erreicht Virchow sein 80. Lebensjahr. Zur Feier seines 70. Geburtstages war eine „Rudolph Virchow Stiftung" errichtet worden, die dem grossen Gelehrten die Mittel zu weiteren Forschungen auf dem medicinischen Gebiete in die Hand geben sollte. Von dem Gedanken ausgehend, dass der 80. Geburtstag Virchow's nicht würdiger gefeiert werden könne, als durch Vergrösserung des bereits bestehenden Fonds hat sich in Berlin ein Comité gebildet, darunter A. Bastian, v. Coler, A. Eulenburg, B. Fränkel, O. Israel, Fr. König, C. Posner und W. Waldeyer, das die Aerzte des ganzen Erdkreises zur Mithülfe bei diesem Werke auffordert. Dementsprechend ist in Amerika ein Subcomité zusammengetreten, bestehend aus den Herren Charles A. L. Reed, Henry P. Bowditch, William K. Welch, Robert F. Weir und A. Jacobi, welches die amerikanischen Aerzte mit den Intentionen des Berliner Comités bekannt

machen soll. Beiträge sind an den Secretär des Subcomités, Herrn Dr. A. Jacobi, 110 West 34. Strasse, New York, einzuschicken.

— Mit dem 1. April schied Prof. Dr. Mendelsohn in Berlin aus der Redaction der Zeitschrift für Krankenpflege und ärztliche Polytechnik" aus und Prof. Dr. H. Reineboth in Halle übernahm die Redaction der „Zeitschrift für Krankenpflege", Dr. Richard Rosen in Berlin die Redaction der „Aerztlichen Polytechnik." Ferner ist am 15. März Geh. Rath Prof. Dr. Eberth-Halle aus der Redaction der „Fortschritte der Medicin" ausgeschieden und Privatdocent Dr. Hermann Strauss-Berlin in die Redaction derselben eingetreten.

— Verzogen: Dr. Louis Haupt nach 232 Ost 19. Strasse.

Alle Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen, Manuscripte und Anfragen bezüglich des Inhalts sind zu richten an:

Dr. A. Ripperger,
126 East 122d St., New York City.

Schieffelin's Medicated Soaps

are made from pure, neutral, white soap, and contain no sugar, starch, silicate or filling material, and no coloring or pigment is added.

We guarantee that the percentage of medicament has been added as per label, and that the soap is thoroughly mixed. A descriptive pamphlet mailed to applicants.

Schieffelin & Co., New York.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XIII. New York, Mai 1901. No. 5.

ORIGINALARBEITEN.

Kraurosis vulvae.*)

Von Dr. L. A. Ewald.

Seitdem Breisky im Jahre 1885 und beinahe zu gleicher Zeit Heitzmann, der Gründer unserer Gesellschaft, das Krankheitsbild der Kraurosis vulvae beobachtet und beschrieben haben, sind über 60 Krankheitsfälle veröffentlicht worden. Breisky beobachtete bei 12 Patientinnen eine eigenthümliche Schrumpfung der Vulva, durch welche die kleinen Labien zu fehlen schienen und die Haut vom Schamberg bis über die geschrumpfte Clitoris bis zur Vulva glatt hinlief. Die Haut erschien weisslich trocken mit einer dicken, rauhen Epidermis versehen, so nächst die Clitoris leicht an der Hautplatte zwischen Clitoris und Urethra und endete am Frenulum labiorum, während die benachbarten herangezogenen Hautpartien glänzend und trocken, blass-röthlichgrau, wohl auch mit verwachsenen weisslichen Flecken besetzt und stellenweise von ectatischen Gefässen durchzogen waren; die Talgdrüsen waren meistens auffallend spärlich nachweisbar; dabei bestand eine erhebliche Verengerung des Scheideneinganges nebst Verminderung der Elasticität. Damit hat Breisky das Krankheitsbild in einer Weise gezeichnet, dass kaum etwas hinzugefügt werden kann. Durch eine Reihe anatomischer Untersuchungen von Gordes, Peter, Neumann, Martin, Mars und besonders durch Orthmann wurde die Histopathologie der Kraurosis gründlich studirt, aber trotz alledem sind viele Ein-

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 7. Januar 1901.

zelfragen bis heute noch nicht beantwortet. Dieser Umstand, sowie die Thatsache, dass wir uns trotz aller möglichen Versuche hinsichtlich der Aetiologie der Erkrankung noch ganz im Dunkel bewegen, lässt es als geboten erscheinen, über jeden einzelnen beobachteten Fall zu berichten und dann vielleicht an der Hand eines glatten Materials sicherere Anhaltspunkte zu gewinnen.

Von 2 Fällen, die ich beobachtet habe, möchte es mir gestattet sein, nur kurz die wichtigsten Daten wiederzugeben.

1. Fall. Frau K. M., 57 Jahre alt, aus gesunder Familie stammend, Menstruation begann mit 16 Jahren. Pat. will niemals krank gewesen sein; mit 21 Jahren machte sie die erste Geburt durch, es folgten 4 weitere Schwangerschaften, die alle normal zu Ende gingen; ausser den 5 Geburten hat Patientin 4 Mal abortirt, wie sie angiebt im 3. oder 4. Monat; an Leucorrhoe litt Patientin beständig. Die Wochenbette sollen normal verlaufen sein. Menopause trat im 48. Lebensjahre ein ohne besondere Beschwerden. Seit Sommer 1896 litt Patientin an starkem Jucken an den äusseren Geschlechtstheilen, das Nachts am schlimmsten war; trotz mehrfacher Behandlung, wie ich vermuthe, mit Silbernitrat und Salben, steigerten sich die Beschwerden, ja es gesellten sich weitere unangenehme Symptome dazu, indem Patientin starke Schmerzen beim Wasserlassen bekam und selbst das Gehen ihr schwer und schmerzhaft wurde. Diese Beschwerden, sowie der Umstand, dass Patientin weisse Flecken an den äusseren Geschlechtstheilen bemerkte, trieb sie wieder zum Arzte. Als ich die Patientin im August 1898 zum ersten Male sah, fiel mir bei Besichtigung der äusseren Genitalien die starke Atrophie auf; die Behaarung war mässig, den normalen Grenzen entsprechend; die grossen Labien stellten trockene, glatte, straffe Hautfalten dar ohne jede Wölbung. Beim Auseinanderspreitzen der grossen Labien, die eng aneinander lagen, gewahrte man, dass die kleinen Schamlippen vollständig fehlten; das Perineum zeigte eine alte Narbe, die Folge eines Dammrisses, die Schleimhaut der Vulva erschien blass, die Clitoris schien in die Scheide hineingezogen zu sein und war stark geschrumpft, das Praeputium clitoridis schien stark hypertrophisch und präsentirte sich als weisslicher Körper an der Stelle, wo normaler Weise die Clitoris sitzen sollte. Die weissliche Farbe des Praeputiums ist durch die Verhornung der Epidermis desselben bedingt; derartige perlmutterähnliche weisse Stellen finden sich an den beiden grossen atrophischen Labien, auf beiden Seiten gleichmässig stark. Der Scheideneingang ist durch die allseitige Schrumpfung enge und die äusserst schmerzhafte Untersuchung ergiebt einen leichten Descensus des retroflectirten, im übrigen senilen atrophischen

Uterus; Einrisse auf beiden Seiten der Cervix, die sich bis in die Parametrien erstrecken. Die Patientin war im Uebrigen gesund, der Harn enthielt weder Zucker noch Eiweiss.

Nachdem ich die Patientin 6 Wochen lang mit Adstringentien und Aetzmittel, so Carbolalcohol u. s. f., ferner mit Applicationen von Ichthyol auf die ergriffenen Hautpartien, sowie mit länger dauernden warmen Sitzbädern behandelte, und zwar eine Besserung, aber bei Weitem keine Heilung eingetreten war, machte ich die Excision der erkrankten Partien, wie sie Martin vorschlug. Die Heilung verlief ohne weitere Störung. Im Juli 1899 sah ich die Patientin zum letzten Male. Das Jucken hatte vollständig nachgelassen, die Patientin war recidivfrei; eine leichte Spannung beim Gehen und ein gewisser Druck beim Wasserlassen sind wohl der Narbencontraction zuzuschreiben.

2. Fall. K. L. aus Montreal wurde durch einen Collegen an das N. Y. Mother's Home im Februar 1900 gewiesen. Patientin ist 36 Jahre alt, Eltern und 3 Geschwister der Patientin leben und sind gesund; ausser leichten Kinderkrankheiten will Patientin nie krank gewesen sein. Von ihrem 16. bis 19. Lebensjahre an litt Patientin an Bleichsucht und hatte zu gleicher Zeit, wie sie angiebt, starke Leucorrhoe. Die Menstruation trat im 15. Lebensjahre ein, war stets regelmässig. Im November 1899 trat Schwangerschaft ein. Schon lange Jahre lang hatte Patientin über Jucken an den äusseren Geschlechtstheilen zu klagen, das aber jetzt noch viel stärker wurde. Der um Rath gefragte Arzt sandte sie nach dem Hospitale. Ich sah Patientin zum ersten Male im Juli letzten Jahres, wo sie sich mit der Bitte an mich wandte, doch etwas gegen das schreckliche Jucken zu thun; auch klagte sie ferner noch über starke Schmerzen beim Wasserlassen.

Die Patientin war eine mittelgrosse Blondine mit mittelstark entwickeltem Knochenbau und Musculatur. Die Untersuchung der verschiedenen Organe wies nichts Abnormes auf. Kein Zucker oder Eiweiss im Urin. Hochstand und Ausdehnung des Uterus entspricht ungefähr dem 8. Monat, kindliche Herztöne sind deutlich zu hören, daneben ausgesprochenes Uteringeräusch. Bei Besichtigung der äusseren Genitalien fiel mir, wie beim ersten Falle, eine ausgesprochene Atrophie auf; die Behaarung war spärlich, die Haut erschien weisslich trocken, die rechte grosse Labie insbesondere war mit dicker, rauher Epidermis bedeckt, die benachbarten Hautpartien waren trocken und blassröthlich und theilweise mit weisslichen Flecken bedeckt, ausserdem bestanden mehrere kleine Risse, offenbar der Effect starken Kratzens; die kleinen Labien waren vollständig verschwunden; das an verschiedenen Stellen gerissene Hymen war stark verdickt und von gelb-rothem Colorit; der Scheideneingang war stark verengt, und selbst beim leichtesten Betasten schmerzhaft. Patientin litt an starkem Fluor als

Folge einer Colpitis granulosa. Da es mir nicht rathsam erschien, an der Patientin jetzt die Excision der erkrankten Partien vorzunehmen, beschränkte ich mich auf die Behandlung mit Carbolalcohol, Anwendung von Ichthyol und warmen Umschlägen, wodurch die Symptome auch etwas in ihrer Heftigkeit zurückgingen.

Am 20. August traten Wehen bei der Patientin ein, die sehr nachhaltig waren. Kopf trat leicht in das normale Becken ein, doch stellte sich gegen Ende bei vollständig verstrichenem Muttermund Erschöpfung ein; nachdem die üblichen Mittel keinen Erfolg hatten, musste ich mich zur Zange entschliessen. Da nach Erfahrung Breisky's und seiner Schule die Einrisse bei Kraurosis durch die grosse Verengerung des Scheideneinganges gewaltige Dimensionen annahmen, führte ich die Episiotomie beiderseits aus; die Entwickelung des Kopfes gelang ohne weitere Schwierigkeit. Nach der Geburt der Placenta wurden die beiden seitlichen Einschnitte durch die Naht vereinigt. Das Wochenbett verlief normal. Da die Symptome auch nach der Geburt in derselben Weise fortbestanden, wurde 8 Wochen später die Excision der erkrankten Partien vorgenommen. Die Heilung erfolgte mit Ausnahme einer Stelle per primam. Patientin wurde im November geheilt nach ihrer Heimath entlassen.

Die histologische Untersuchung der excidirten Theile ergab eine beinahe das ganze Gewebe umgreifende Atrophie mit schwachen Andeutungen von entzündlicher Reizung. Ging man die einzelnen Schichten unter dem Microscope durch, so bemerkte man, dass die Fettzellenherde aus dem Corium und auch aus dem des Labium majus vollständig geschwunden waren. Hie und da zeigt sich leichte Anhäufung von Rundzellen, besonders um die Gefässe herum; die Muskelfasern, die im normalen Labium majus ein regelmässiger Befund sind, waren beinahe vollständig verschwunden. Das Bindegewebe schien geschrumpft, doch waren die elastischen Fasern ziemlich stark ausgesprochen, nicht degenerirt und mässig.

Auffallend war in jedem Präparate der fast absolute Drüsenschwund; während in normalen Uebersichtsschnitten Drüsen massenhaft in jedem Gesichtsfelde getroffen werden, musste man hier förmlich darnach suchen, und selbst der Bau solcher Drüsen wich vom normalen Befunde ab. Beim Betrachten der oberen Schichten der Cutis und des Rete Malpighi gewahrt man, dass die Länge der Papillen und der Retezapfen sehr verschieden sind; überall, wo die Hornproduction stärker ist, sind die Papillen länger, bisweilen sind sie stark in die Breite ge-

zogen, bisweilen sind sie auffallend schmal und treiben seitliche Verzweigungen; die Papillen, sowie subpapilläre Schicht sind von starker Rundzelleninfiltration erfüllt. An manchen Stellen ist eine Neubildung von Gefässen wahrnehmbar; die elastischen Fasern sind beinahe vollständig geschwunden.

Sehr interessant ist der Befund des Stratum corneum. In meinen beiden Fällen erhob besonders an den stark afficirten Stellen sich die Hornschicht zu enormer Höhe und zwar auch an den wenig betroffenen Stellen noch weit über die Norm. Es handelte sich entschieden um eine Hyperkeratose. Es unterliegt demnach keinem Zweifel, dass bei der Kraurosis, wenn wir es auch vorwiegend mit atrophischen Zuständen zu thun haben, doch auch die Hypertrophie eine gewisse Rolle spielt.

Ich stimme mit Heller, der einen Fall sehr ausführlich beschreibt, vollständig überein in der Behauptung, dass der zur Kraurosis führende Process atrophische und hypertrophische Vorgänge nebeneinander und mit einander ausübt. Zweifellos ist der Process selbst ein entzündlicher, aber über die specielle Art ist zur Zeit nichts bekannt. Microorganismen und Sprosspilze sind nach den Untersuchungen von Heller und Orthmann auszuschliessen, ebenso haben die Untersuchungen genannter Autoren dargethan, dass eine Erkrankung der Endigungen der markhaltigen Nervenfasern nicht anzunehmen ist. Die regelmässige Heilung der Kraurosis durch die Excision spricht gegen eine centrale Neurose bei dieser Erkrankung. Nach dem Dargelegten ist es schwer, ein resumirendes Urtheil über diese Erkrankung abzugeben. Veit nimmt an, dass die Kraurosis sich aus der Hautentzündung herausbildet, die nach intensivem Jucken durch das Kratzen bedingt wird. Zwar steht es fest, dass viele Fälle von Kraurosis, auch in meinen beiden traf das zu, von Pruritus begleitet sind. Dies berechtigt uns aber noch lange nicht, das fertige Bild der Kraurosis als Folgezustand des Pruritus anzusehen. Pruritus ist und bleibt nur ein Symptom der Kraurosis. Hinsichtlich des Begriffes der Kraurosis vulvae möchte ich mich nach meinen Untersuchungen der Heller'schen Auffassung anschliessen: die Kraurosis vulvae ist ein durch verschiedene, wahrscheinlich chemische Reize ausgelöster, von einer nachweisbaren Erkrankung der Nerven unabhängiger chronischer Entzündungsprocess, der in der Tiefe zum Schwund des Gewebes, in den

oberen Schichten dagegen zu hypertrophischen Processen, insbesondere zur Hyperkeratose Veranlassung giebt.

Ueber den spontanen Ablauf der Erkrankung haben wir bis jetzt keine Erfahrung. Es erscheint aber sehr zweifelhaft, ob die Erkrankung von selbst zur Ausheilung gelangt. In den 60 in der Literatur niedergelegten Fällen befinden sich 6 Fälle mit Carcinom der Vulva complicirt; ein solches Zusammentreffen ist, wie Jung mit Recht bemerkt, absolut kein zufälliges, und es unterliegt kaum einem Zweifel, dass hier die chronische, zur Hypertrophie neigende Entzündung der oberen Partien den Anstoss giebt zur atypischen Wucherung des Epithels. Da wir mit dieser Möglichkeit rechnen müssen, ist es um so dringender geboten, die Kraurosis zu heilen, wozu die Excision als die einzig sicher wirksame Therapie zu empfehlen ist.

Obgleich Heller in seinem Falle mit Formalinätzungen und Einpinselungen mit Ichthyolwasser nach vorausgeschickten heissen Umschlägen vollständige Heilung erzielt hat, obgleich Martin in einem Falle durch bruske Uterusdilatation und Auskratzung wesentliche Besserung erzielt hat, so geht gerade vom letzten Autor an der Hand einer grossen Erfahrung die dringende Empfehlung zur Excision aus, wie ich sie auch in meinen beiden Fällen mit befriedigendem Erfolge ausführte. Um grosse Blutung bei der Operation zu vermeiden, empfiehlt Martin vorherige Umstechung durch tiefe Seidensuturen; die Naht wird, so weit es angeht, mit Seide ausgeführt, da eine secundäre Infection bei Operation an der Vulva naheliegt und, wie bekannt ist, bei der Naht an der Oberfläche Catgut viel leichter nachträglich inficirt wird, als Seide. Ferner muss darauf geachtet werden, dass bei der Excision nicht eine Verengerung der Harnröhre geschaffen wird.

Beitrag zur Haemophilia neonatorum.*)

Von Dr. J. G. Wm. Greeff.

Trotz sehr reichlicher Literatur sind wir uns über das Wesen der Haemophilie bis zum heutigen Tage nicht klar geworden. Im 12. Jahrhundert finden wir ausführliche Aufzeichnungen von Abul-Kasim-el Zahrewi, darnach ist in der Literatur bis zum 17. Jahrhundert nichts von der Krankheit erwähnt, von wo an aber zahlreiche Mittheilungen vorliegen.

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 4. März 1901.

Unter Haemophilie versteht man eine meist ererbte, angeborene Neigung zu spontanen Blutungen, welche nach den unscheinbarsten Verletzungen oder selbst ohne jede äussere Veranlassung auftreten. Durch künstliche Mittel sind diese Blutungen nur sehr schwer oder gar nicht zu stillen.

Die Haemophilie — Schoenlein hat die unter verschiedenen Bezeichnungen bekannten Neigungen zu Blutungen mit diesem Namen belegt — kommt meistens in den ersten Lebensjahren vor; später sehr selten. Steiner[1] beschreibt zwei Fälle von Blutern, bei denen die ersten Symptome erst im 22ten Lebensjahre auftraten. Ueber das Auftreten bei Neugeborenen, von denen meine Fälle handeln, liegen nur sehr wenige Mittheilungen vor, so von O. Müller[2], G. Ritter[3] und H. Heppinger[4].

Unter den Ursachen der Haemophilie wird der Erblichkeit die grösste Rolle zugetheilt. Nach Grandidier finden wir bei den Nachkommen von männlichen Blutern oder wo die Männer aus Bluterfamilien stammen und wo die Frauen nicht aus Bluterfamilien sind, sehr selten, ja fast nie Bluter; dagegen finden wir unter den Kindern von Frauen, die Bluterfamilien angehören, ob sie nun selbst Bluterinnen sind oder nicht, fast immer Bluter. Allgemein bekannt ist ja der Stammbaum von Lossen.

Die angeborene Haemophilie steht der hereditären wohl am nächsten, und hat man, wie auch R. Foerster[5] an einem Beispiel dargelegt hat, die Ehe unter Blutsverwandten als causales Moment betrachtet. Bestimmte Ursachen sind bei der Haemophilie überhaupt noch nicht festgestellt worden und, wie bei diesen bisher genannten, so handelt es sich bei noch einigen anderen doch um nichts anderes als Hypothesen.

Ueberall beim Suchen nach Ursachen stossen wir auf Hypothesen und hat noch Keiner, trotz des sehr eifrigen Studiums, das auf diesem Gebiete gemacht worden ist, einen Beweis für seine Ansicht liefern können. Die Beschaffenheit der Blutgefässe und das Blut selbst sind es, die als die wichtigsten Momente angenommen werden können. Zunächst sind es die Gefässwände, die in Betracht kommen. Es sind dies die leichtere Zerreissbarkeit, dann abnorme Enge und Dünnwandigkeit der Arterien. Was die Dünnwandigkeit und Enge der Arterien angeht, so finden wir diese auch bei der Chlorose und bei einem

anderen, einen bestimmten Symptomencomplex gebenden Befunde: Die angeborene Enge des Aortensystems; bei diesen kommt es aber nicht zu spontanen Blutungen.

Immermann's Theorie, die auf gewissen Darlegungen von Virchow beruht (Dünnwandigkeit und Enge der Aorta), ist die, dass die Blutungen deshalb mit solcher Hartnäckigkeit und Vehemenz auftreten und gefährlich verlaufen, weil ein Missverhältniss zwischen der Capacität des Gefässapparates und der Grösse des Blutvolumens besteht und dass deshalb ein zu grosser Seitendruck auf die Gefässe ausgeübt wird.

Oertel (Therapie der Kreislaufstörungen) hält eine ähnliche Ansicht wie Immermann und glaubt aber auch, dass die Haemophilie als eine hydrämische Plethora anzusehen sei.

In einigen Fällen ist auch Verfettung der Intima und Hypertrophie des linken Ventrikels bei auffallender Dünnwandigkeit des rechten gefunden worden. Was nun das Blut anbetrifft, so hat man weder in Bezug auf dessen Salzgehalt noch die Menge der Fibrinbildner, noch in Bezug auf die körperlichen Bestandtheile derselben, das numerische Verhältniss der Blutkörper zu einander oder den Haemoglobingehalt, eine Abweichung von normalen Verhältnissen, nachweisen können.

Grandidier, Lossen u. A. nehmen eine herabgesetzte Gerinnungsfähigkeit des Blutes an, während nach Anderen, wie Hoffmann[6], die herabgesetzte Gerinnungsfähigkeit erst später, wenn viel Blut verloren ist, eintritt. Nach von Recklinghausen besteht eine neuropathische Diathese, und schliesslich hätten wir noch die Anschauung von W. Koch zu erwähnen, nach welcher das in Rede stehende Leiden als toxische Infection anzusehen ist.

Das Blut soll, da ihm bestimmte Toxine beigemische sind, durch die Wandungen der Blutgefässe, die keine fassbaren Veränderungen erlitten haben, hindurchgehen.

Auch Prof. Dr. H. Heppinger, anlehnend an die Untersuchungen von Klebs in einer Arbeit über Haemophilia neonatroum, hat gestützt auf einen genau beobachteten Fall beweisen wollen, dass Haemophilie unabweislich als Infectionskrankheit zu betrachten sei. Er führt in diesem Falle die Ursache der Haemophilie auf die Infection durch Monadinen zurück. Characteristische und constante Befunde sind bei keinen der anatomischen Untersuchungen constatirt worden. Für

gewöhnlich ist folgendes der Befund bei der Section: Die Leiche ist auffallend anämisch, die Haut wachsbleich. Auf der Haut selbst finden sich oft Petechien, Ecchymosen und Blutbeulen, wenn der Tod durch Traumen hervorgerufen ist. Die inneren Organe sind durchweg sehr anämisch. Die Milz ist bald bedeutend vergrössert, bald normal befunden. Das Herz ist oft auffallend klein, die Herzhöhlen sind nur wenig gefüllt oder auch ganz leer, oft findet man Verfettung des Herzmuskels, der linke Ventrikel manchmal hypertrophisch. Die Aorta und die grossen Arterien fielen öfters durch grosse Enge auf und fand sich die Intima sehr häufig von einer sehr dünnen, ja manchmal durchscheinenden Beschaffenheit.

So reichhaltig die Literatur an Fällen von Haemophilie ist und trotz des grossen Eifers, mit dem die Frage über das Wesen dieser Erkrankung in den letzten Jahrzehnten von den massgebendsten Autoren studirt wurde, sind wir dennoch über viele Punkte im Unklaren und ich nehme daher Veranlassung, über drei Fälle zu berichten, die ich in kurzer Aufeinanderfolge beobachtete.

Fall I. Frau X. H., 23 Jahre alt, primipara. Eltern und drei Geschwister vollständig gesund. Ist am normalen Ende der Schwangerschaft. Da das Becken normal ist und die Wehen kräftig, nimmt die Geburt einen raschen Verlauf. Geburt eines kräftigen Knaben ohne Kunsthülfe. Placenta wird nach Credé exprimirt, absolut keine Nachblutung. Fünf Stunden nach der Geburt zeigt das Kind eine leichte Schwellung in der rechten Mammillar-Gegend, die von dem jour habenden Arzt als Haematom gedeutet wurde; nach weiteren 12 Stunden zeigt das Kind bei Berührung starke Schmerzen, die namentlich bei Berührung der Gelenke noch mehr zum Ausdruck kamen.

Es wurde von dem jour habenden Arzte die Diagnose auf Haemophilie mit Blutungen in die Gelenke gestellt.

Mutter vollständig gesund, kein Fieber, Aussehen der Nabelwunde des Kindes normal. Das Kind, das eifrig Nahrung begehrt, wird von der Mutter gestillt und entwickelt am fünften Tage einen Icterus neonatorum in der krassesten Form, daneben zeigten sich an Brust und Rücken grosse blaugrüne Flecken, die als nichts anderes als subcutane Haematome oder Infusionen erklärt werden konnten. Der Icterus geht nach weiteren 4 Tagen zurück. Kind nimmt an Gewicht zu und zeigt kräftiges Gedeihen. Es liegt in diesem Falle unzweifelhaft ein Fall von Haemophilia neonatorum vor.

Fall II. Der zweite Fall betrifft eine viertgebärende Schwangerschaft am normalen Ende. Die drei ersten Geburten waren normal verlaufen, Mutter vollständig gesund; war niemals

krank. Das Kind, in Steisslage, wurde ohne Schwierigkeit durch den V e i t-S m e l l i s'schen Handgriff geboren; beim Reinigen des Mundes waren leichte Blutspuren an der zur Reinigung verwendeten Gaze, ein Umstand der wegen seiner Geringfügigkeit keine weitere Beachtung fand. Vierundzwanzig Stunden nach der Geburt zeigte das Kind an allen Körpertheilen, die bei der Geburt umfasst werden mussten, die Gegend um die Kniehöhle, in der Gegend der Wirbelsäule, diffuse Schwellung, zugleich berichtete die Mutter, dass das Kind die Brust nicht nehme und aus dem Munde blute. Die daraufhin unternommene Untersuchung des Rachens ergab eine ein drittel Zoll lange lineare Verletzung des weichen Gaumens in der Mittellinie vor der Uvula, aus der ersichtlich stetig Blut abfloss, eine 10 Minuten lange Komprimirung der Stelle blieb erfolglos; da die Blutung andauerte, wurde eine leichte Aetzung mit Ferrum sesquichloratum gemacht, die nur temporären Erfolg hatte. Die Schwellung an den vorgenannten Theilen nahm zu, die Stillung der Blutung im Rachen trotzte jeder Behandlung, so dass das Kind 48 Stunden alt ad exitum letalem kam. Die Section ergab vollständige Anämie der inneren Organe, des Herzens, der Lungen etc. Beim Einschneiden auf die vorher erwähnten geschwollenen Theile ergab sich, dass das subcutane und Muskel-Gewebe vollständig von g e r o n n e n e m Blut durchtränkt war, ebenso zeigten sich im Knie- und Schulteregelenk Blutergüsse. Im Uebrigen war das Kind vollständig gesund und waren keine Zeichen von Syphilis oder Sepsis vorhanden. Das Wochenbett der Mutter verlief vollständig normal.

Fall III. Der dritte, wohl der interessanteste unserer Fälle, verdient ganz besondere Berücksichtigung, insbesondere weil ich bei Durchsicht der Literatur einem solch' ausgesprochenen Falle von Haemophilie nicht begegnete. Die Mutter, eine 36-jährige Sechsgebärende, stammt aus vollständig gesunder Familie, ihre acht Geschwister und Eltern sind noch am Leben. Sie erinnert sich nicht, abgesehen von einigen Kinderkrankheiten, jemals krank gewesen zu sein. Geburt eines äusserst kräftigen Jungen folgte nach 2½ Stunden unter sehr guten Wehen. Ausstossen der Placenta folgte rasch. Uterus gut contrahirt, keine Blutung. Die Geburt wurde um 9 Uhr Abends beendigt, um 9 Uhr Morgens, also genau 12 Stunden nachher, bemerkte der besuchende Arzt eine beträchtliche Schwellung der linken Wange, die bei Ausschluss jeder anderen Möglichkeit als Haematom betrachtet wurde. Das äusserst kräftige Kind nimmt ohne Mühe die Brust und zeigt im Uebrigen nichts Auffallendes im Befinden. Nach weiteren 24 Stunden erscheint das Kind auffallend anämisch und bietet das Bild des raschen Verfalles, die Schwellung an der Wange hatte zugenommen. Da das Kind keine weiteren äusseren Symptome bot, wurde die Diagnose mit grosser Wahrscheinlichkeit auf eine innere Blutung gestellt. Nach weiteren 3 Stunden exitus letalis. Die

Section des Falles ergab apfelgrosses Haematom zwischen fascia und subcutanem Fettgewebe der linken Wange. Blut geronnen. Bei Eröffnung der Brusthöhle zeigten sich die Lungen vollständig anämisch, der rechte Vorhof mit flüssigem Blut gefüllt, die übrigen Herzkammern leer. Bei Eröffnung der Leibeshöhle fand sich der ganze Leibesinhalt in einer Masse von flüssigem Blut, es wurde das Aortensystem, die Venen, so weit es macroscopisch möglich war, untersucht, nirgends liess sich eine Läsion erkennen. Das subcutane Gewebe des ganzen Körpers und zum Theil das Muskelgewebe war, wie wir durch Einschnitte an verschiedenen Stellen ermitteln konnten, mit geronnenem Blute infiltrirt, während sich in den Gelenkhöhlen leichte Quantitäten flüssigen Blutes befand. Ich muss in diesem Falle noch erwähnen, dass bei der Section eine Organerkrankung oder Sepsis nicht erwiesen werden konnte, keine Entzündung der Nabelvenen, normale Beschaffenheit der Epiphysenlinie des Femur, der Leber, Nieren u. s. w.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass es sich in diesen drei Fällen um ausgesprochene Fälle von Haemophilie handelt und ich möchte nochmal auf die Thatsache hinweisen, dass die drei Mütter aetiologisch keine Andeutung von Haemophilie hinsichtlich ihrer eigenen Personen sowohl als auch ihrer nächsten Anverwandten zu geben im Stande waren. Die microscopische Untersuchung verschiedener aus den Leichen entnommener Theile ergab nichts bestimmtes. Es wurden Theile der grossen Drüsen, wie Leber, Milz, Nieren untersucht, ebenso Gefässe, Muskel und Haut, überall zeigte sich ein vom Normalen nicht abweichender Befund. Die Untersuchung meiner Fälle ergab nahezu denselben Befund, wie ihn Birsh-Hirschfeld beschreibt. An der Musculatur fanden sich kaum Andeutungen von Fettdegeneration, die Klappen, ebenso die Intima der grossen Gefässe, waren zart, in der Structur normal, ebenso die Muscularis und Media der Arterien; in den Nieren war in den Rindencanälchen Schwellung und leichtkörnige Trübung des Epithels vorhanden. Der Befund an den Capillaren und Uebergangsgefässen mehrerer Organe erwies nichts Positives, da ohne Zweifel durch die Behandlung der Präparate künstliche Veränderungen erzeugt waren.

Aus dem Befunde der meisten Autoren, sowie auch aus den in meinen Fällen, geht ohne Zweifel hervor, dass die pathologische Anatomie keine Unterlagen für das Verständniss des Krankheitsbildes darbietet.

Die Sicherheit der Diagnose meiner Fälle kann kaum bezweifelt werden. Differentialdiagnostisch käme nur ein Krank-

heitszustand in Betracht, der von W i n k e l und K a r l S c h r ö d e r und Anderen als Melaena neonatorum bezeichnet wird. Das Hauptsymptom bei Melaema neonatroum besteht aber in Blutentleerungen aus dem Magendarmkanal, besonders aus dem Rectum.

Nur in wenigen Fällen wurde bei Melaena neonatorum freie Blutung in den Bauchfellsack beobachtet; in unseren drei Fällen fand sich auch bei der genauesten Untersuchung weder Blut selbst, noch Reste von Blut im Magendarmkanal, noch wurde Blut in irgend einem von unseren Fällen erbrochen. Ich bin sicher, dass viele Fälle, die man früher kurz zur Melaena neonatorum zählte, tödtlich verlaufene Fälle von Haemophilie waren, wenn man nicht so weit gehen wird, den Begriff der Melaena ganz zu streichen und ihn einfach, soweit keine auf anderer Basis beruhende anatomische Veränderungen bestehen, als ein S y m p t o m der Haemophilie zu betrachten. Ein resumirendes Urtheil über das Wesen der Haemophilie zu geben ist äusserst schwierig, was an und für sich schon aus der Masse der aufgestellten Hypothesen erhellt. Auch die periodisch gesteigerte Blutbildung, welche von manchen Autoren angeführt wird, steht auf äusserst schwachen Füssen, ebenso die Hypothese, dass die Ueberfüllung des engen, vielleicht brüchigen Gefässsystems der Haemophilie, das mit einem hypertrophischen Herzen in Verbindung steht, zeitweise zu einer Berstung der stark gefüllten Capillaren führe.

Ich will hier davon absehen, alle die gangbaren Hypothesen nochmals durch zu gehen, da ich sie schon grösstentheils im Eingange meiner Erörterung erwähnt habe. Ich möchte nur auf Grund meiner Untersuchungen mich der bestimmten Annahme zuneigen, dass Haemophilie auf einer abnormen Durchlässigkeit der Gefässwände beruht. Wie besonders einer meiner Fälle beweist, traten die Symptome sofort nach der Geburt auf, wo man doch mit Sicherheit annehmen muss, dass die anatomischen Veränderungen nicht durch das Blut erzeugt sein konnten, da das neugeborene Kind doch rein mütterliches Blut enthielt, b e i d e n M ü t t e r n sich aber keinerlei Veränderungen zeigten.

Es kann sich also nur um abnorme Beschaffenheit der Bluthälter oder blutleitenden Organe handeln. Eine solche Veränderungen machende a c u t e E r k r a n k u n g kann in unseren Fällen ohne Zweifel ausgeschlossen werden, zudem ab-

solut keine Anhaltspunkte für deren Annahme vorhanden sind. Die grosse Mehrzahl der hameophilen Kinder erliegt der Krankheit. Mit Verabreichung von Stypticis wird man wenig erreichen. Ueberleben die Kinder die ersten Attacken, so kann nur die Prophylaxe, die in Abhärtung, kräftiger Ernährung und Verhütung äusserer Schädlichkeiten besteht, als rationell empfohlen werden.

Zum Schluss möchte ich Herrn Dr. Ewald danken für die drei Fälle, die er mir gütigst zur Beobachtung und Untersuchung des pathologischen Materials im New York Mothers Home überliess.

[1]Steiner: De haemophilia. Dissert. inaug. Berlin 1842.
[2]O. Müller: Haemophilia congenita. Archiv für Gynäcologie. 1893. XLIV.. Heft 2.
[3]G. Ritter: Das Verhältniss der temporären Haemophilie der Neugeborenen zu Blutungen im späteren Alter und zu der Bluterkrankheit. Prag. med. Wochenschrift. 1877, No. 21, 22.
[4]H. Heppinger: Haemophilia neonatorum. Wiener med. Presse. 1878 No. 25.
[5]Grandidier: Schmidt's Jahrbücher. 1863 und 1877.
[6]R. Förster: Haemorrhagische Diathesen. Gerhard's Handbuch der Kinderkrankheiten, 1878, III. p. 246.
[7]Hoffmann: Lehrbuch der Constitutionskrankheiten.

Eine verbesserte Beinprothese.*)

Von C. H. Doerflinger, Milwaukee, Wis.

Mit Ausnahme des Kniegelenkes und dessen Bewegungsapparates, wozu wir die besten unter den früher patentirten und längst Volkseigenthum gewordenen benutzen, sind alle Haupttheile der Mechanik am „Doerflinger-Bein" neue Constructionen, besonders aber als wichtigstes Stück: das Fussgelenk.

Der leichteren Uebersicht halber theilen wir die Verbesserungen in drei Hauptgruppen ein:

* Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft von Chicago.

Auf Wunsch mehrerer Mitglieder vom Vorstand eingeladen, hielt Herr C. H. Doerflinger von Milwaukee einen Vortrag mit Demonstration über eine ganze Reihe von Verbesserungen an künstlichen Beinen, zu welchen er die Anregung gegeben, welche er unter Mitwirkung mehrerer Fachleute nach vieljährigem Experimentiren zu Stande

I. Der verbesserte Doppelstumpfbecher mit seinem Andruckapparat.
II. Der verbesserte Filzfuss ohne Spiral- oder andere Metallfedern und ohne mechanisches Zehengelenk.
III. Das verbesserte Fussgelenk ganz neuer Construction mit Schaukelplatten und Stahllagern, aber ohne Sehnen.

Bei Beurtheilung des Werthes einer Erfindung ist selbstverständlich nicht die Einführung gewisser Stücke, Formen und Materialien wesentlich maassgebend, sondern dass dieselben in solcher Weise verbunden sind und zusammenwirken, dass sie den gewollten Zweck auch wirklich erfüllen.

I. Der neue Stumpfbecher wird meistens — nach allen Unterschenkel-Amputationen und allen kurzen Oberschenkel-Stümpfen — in nassem, weichen Zustand auf einen Gypsabguss des Stumpfes modellirt, bleibt beim Gehen durch elastischen Druck dem Stumpf anliegend und verhindert dadurch wundmachende Reibung.

Er hat keine complicirte Maschinerie, die leicht ausser Ordnung geräth.

Seine elastische und billige Befestigung hält, bis das Material durch den Gebrauch abgenutzt ist.

Er kann nach Amputationen des Oberschenkels, sowie des Unterschenkels angewendet werden.

Es ist, soweit bekannt, die einzige bis jetzt erfundene Vorrichtung, welche es Personen mit kurzem Oberschenkelstumpf

---

brachte und die unter dem Namen „Doerflinger-Bein" bekannt geworden sind.

In der Schlacht bei Chancellorsville 1863 schwer verwundet, verlor er das linke Bein durch Oberschenkel-Amputation. Durch 37jährige Erfahrung mit einer Anzahl verschiedener Prothesen, und durch Besuch von beinahe hundert Fachgeschäften in den Vereinigten Staaten und während etwa 5jähriger Reisen in Europa, war er zu der Aufgabe wohl ausgerüstet.

Er demonstrirte seine Ausführungen an einem Musterbein, das er in etwa einer halben Minute mit Hülfe eines einfachen Schlüssels auseinandernahm und ebenso rasch wieder zusammensetzte, die Einfachheit der Construction zeigend und beweisend, dass beim Gebrauch dieser Prothese jeder Patient in Bezug auf Inspection und Regulirung möglichst unabhängig vom Beinfabrikanten ist.

Durch langsame, dann immer raschere Gehübung im Saale bewies er mit dem von ihm selbst getragenen Exemplar den Anwesenden, was er von der leichten, weichen, natürlichen, geräusch- und stosslosen Bewegung seines Apparates behauptete.

ermöglicht, ohne Gefahr des „Herausspringens" ein künstliches Bein zu tragen, wenn dem Patienten nicht ein lästiger Hüftkorb gemacht wird.

II. und III. Unser verbesserter Filzfuss mit neuem Fussgelenk hat folgende Vorzüge:

Beseitigung aller langen Sehnen mit Federn, welche bei Beinen alten Styles vom Fuss in den Unterschenkel hinauf liefen, oft ausser Ordnung geriethen und das Auseinandernehmen des Apparates, daher Reparatur- und Versandtkosten verursachten.

Die Regulirung der Stellung und Bewegung des Fussgelenkes ist sehr einfach.

Beseitigung der zerbrechlichen Zehengelenke.

Die hier angewendete Art von Blockfilz bleibt bei jahrelangem Gebrauch fast unverändert, ist gegen Feuchtigkeit viel weniger empfindlich als Holz und erlaubt ohne mechanische Vorrichtung eine genügende Nachgiebigkeit.

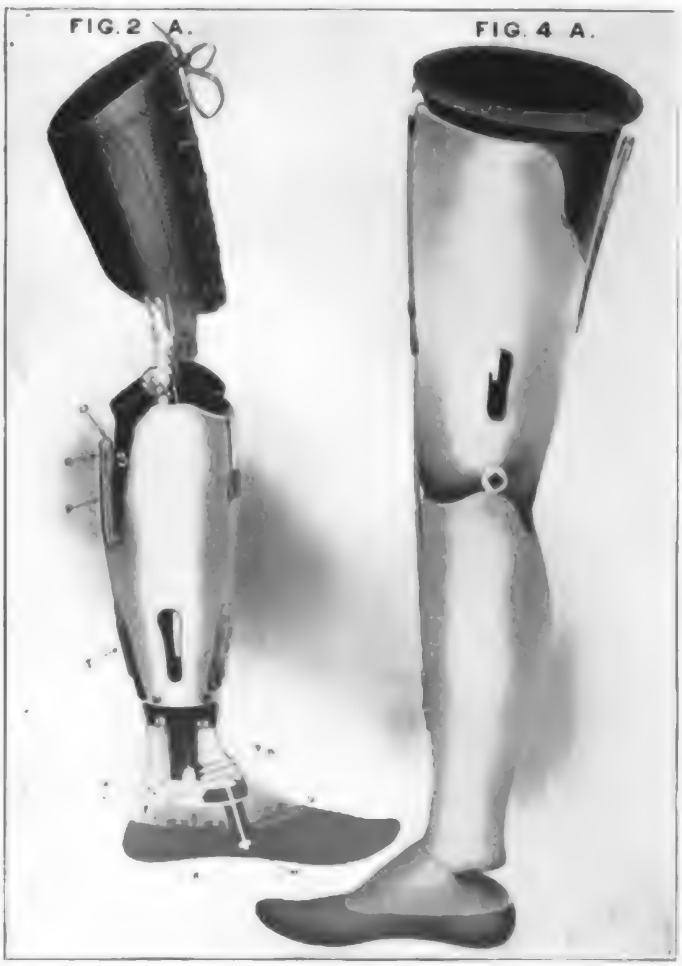
Abschaffung der unzuverlässigen Metallfedern entlang der Sohle oder Oberseite des Fusses, welcher durch diese Einrichtung verhindert wird, sich zu sehr nach oben zu krümmen.

Während das beste aller bisher benutzten Wellengelenke (Foster's Patent) durch Friction schlottrig wird und gefüttert ("bushed") werden muss (was Reparaturen und Zeitverluste bedingt), adjustiren sich die beiden stählernen Schaukelplatten-Leisten dieses einzig dastehenden Fussgelenkes (A L) durch concentrische Abschleifung und Selbstreinigung und brauchen nur vom Patienten in Contact gehalten zu werden durch Anziehen des Schwingbolzens (K) vermittelst des Mutterpaares (B-B), um stets vollkommen zu functioniren. Sonst bedürfen sie nur des öftern, aber sehr geringen Oelens.

Um dies Fussgelenk zu oelen, braucht man nicht den Fuss auseinander-, noch das Bein abzunehmen; 2 bis 3 Mal in der Woche legt man das Unterbein (Vorderseite nach unten) auf einen Stuhl, nachdem man Schuh und Strumpf abgezogen, und bringt mit einem fein- und langschnäbligen Oelkännchen über der Ferse ein paar kleine Tröpfchen feinen Maschinenöls auf das offen daliegende Gelenk, bewegt den Fuss etwas hin und her und zieht Strumpf und Schuh wieder an.

Um die elastische Spannung des Fusses zu vermehren oder zu vermindern oder den Zehentheil aufwärts oder abwärts zu stellen, was zum Theil auf die Energie und Gangart des Patien-

ten ankommt, braucht das Bein weder am Knie noch Fussgelenk auseinandergenommen werden; nachdem Schuh und Strumpf entfernt sind, dreht man nur die Mutter (H) am untern Ende des Gummipolsters (E) etwas fester oder loser; auch wenn im Laufe der Zeit der obere kleine elastischer Puffer (C) durch



einen neuen ersetzt werden muss, so bedarf es keines Beintechnikers, um den Fuss auseinander zu nehmen. Der Patient lernt leicht mit dem gelieferten Schlüssel die Mutter (H), nachher das Mutterpaar (B B) abzunehmen, worauf er den Fuss vom Schenkel abziehen kann. Wenn er darauf achtet, wie sich die beiden Bolzen (K) und (G) herausziehen, so wird er nach Einlegen des neuen Puffers (C) in umgekehrter Ordnung den Fuss wieder am Schenkel befestigen und durch Aufsetzen des anderen Puffers (E) auf den Bolzen (G) und Anziehen der Scheibe und Mutter (H) und des Mutterpaares (B B) die richtige Spannung wieder herbeiführen können.

Digitized by Google

Von den beiden kleinen Puffern kann der Patient je einen in Vorrath halten, oder frisch durch die Post beziehen.

Da der „D o e r f l i n g e r" Filzfuss in dem natürlichen Fuss des Patienten in Grösse und Form annähernd nachgebildet wird, biegsam und schmiegsam ist, können fertig gekaufte Fabrikschuhe ohne Weiteres getragen werden und passen gut.

R e s u m é.

Nach meiner persönlichen practischen Erfahrung sind durch die Vereinigung obiger vieler Verbesserungen die Unbequemlichkeiten, Zeitverluste, Reparaturkosten, nervenstörenden Zufälle, beständigen Irritationen und Erschütterungen, ja Schmerzen und Gefahren, unter denen ich während eines Durchschnitts-Menschenalters durch die Unzulänglichkeiten früherer Systeme mehr oder weniger zu leiden hatte, soweit vermieden, als es bis jetzt überhaupt für einen mechanischen todten Ersatz des lebendigen Beines erreichbar schien.

H a u p t e r r u n g e n s c h a f t e n.

Einfachheit, Stärke und Dauerhaftigkeit des Mechanismus.

Zuverlässigkeit der Verbindungen.

Natürlicher, sanfter, geräuschloser Schritt.

Stosslosigkeit der Fusstheile.

Einfachheit und Zuverlässigkeit der Action des Doppelbechers.

Uebertragung der Reibung vom Beinstumpf auf dessen nächste Hülle.

Grösster Comfort.

Unabhängigkeit des Patienten von den oft weit entfernten Beintechnikern.

Ganz besonders möchte ich aber hervorheben die Beseitigung der nervenerschütternden Geräusche und der Concussionen harter Theile, welche bei thätigen Beinträgern zehntausend oder mehr Male während jedes einzigen Tages durch das Rückenmark bis zum Gehirn sich fortpflanzend, an den neurasthenischen Zuständen vieler Amputirten die Schuld tragen und oft eine ähnliche Krankheit herbeiführen soll, wie die bei Locomotiv-Führern und Heizern vorkommende "Railway Spine."

Klimatische und balneologische Curorte in Tyrol.*)

Von Dr. jur. BAUMFELD.

Herr Präsident! Meine Herren! Wenn ich heute gewissermaassen wie Saul unter den Propheten an dieser Stelle erscheine, so darf ich das wohl als einen Beweis jener grossen Freiheit betrachten, unter deren Herrschaft dieses Land steht, welche auch die sonst so sorglich festgesteckten Grenzen der Fachwissenschaften niedergerissen sehen will, zu Gunsten einer engeren Berührung aller Fortschritte im Wissen überhaupt, denen wir ja die Höhe unserer Gesammtkultur zu verdanken haben. Von diesem Gesichtspunkte aus kann ich ein gewisses Recht für mich in Anspruch nehmen, vor Ihnen über ein Gebiet zu sprechen, das in engster Beziehung zu Ihrer speciellen Wissenschaft steht, weil die Erfahrungen und Beobachtungen, welche ich im Laufe vieler Jahre anlässlich meiner Streifzüge durch das Land Tyrol gemacht habe, in Ihre Hand gelegt, zu Gunsten der leidenden Menschheit jenen positiven Nutzen schaffen können, welchen eben nur der Arzt in seiner Machtsphäre hat. Erwarten Sie also von mir nicht eine wissenschaftlich einwandfreie Systematik der klimatischen und balneologischen Heilstätten von Tyrol, oder gar den Versuch, Ihnen mit einer falschen, etwa aus Fachwerken erborgten Gelehrsamkeit imponiren zu wollen. Was ich versucht habe und wofür ich mir Ihre wohlwollende Aufmerksamkeit erbitte, ist lediglich, aus sorgfältigen, an Ort und Stelle gesammelten Daten, aus Thatsachen, die ich an mir selbst erfahren, aus Mittheilungen, die mir von zuverlässigen Führern da und dort geworden, Ihnen ein klares und übersichtliches Bild darüber zu entwickeln, in wie weit die Heilstätten von Tyrol würdig erscheinen, auch officiell von der medicinischen Wissenschaft als solche anerkannt zu werden. Nach dieser Richtung hin hoffe ich, Ihnen nicht nur neue, sondern auch werthvolle Anregungen geben zu können, aus denen Sie ja jene practischen Consequenzen folgern sollen, welche sich naturgemäss meinem Einflusse völlig entziehen. Und nun, nach dieser durch meine heutige Ausnahmestellung wohl entschuldbare oratio pro domo, lassen Sie mich auf den Gegenstand meiner Mittheilungen selbst übergehen:

Die Heilstätten Tyrols scheiden sich zunächst in zwei grosse

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 4. März 1901.

Gruppen: in klimatische und balneologische. Dass die letzteren auch zum grossen Theile in die erstere Gruppe einrangirt werden können, verleiht ihnen naturgemäss doppelte Heilkraft. Die Bedeutung der Tyroler klimatischen Kurorte lässt sich schon äusserlich durch das Moment erweisen, dass von Arco, welches lediglich 180 Fuss über dem Meeresspiegel liegt, bis zu Sulden, das sich 5500 Fuss hoch zu Füssen der grossartigen Gletscherwelt des Ortlergebietes erhebt, die verschiedensten Höhenlagen durch eine Reihe ebenso schöner als leicht zu erreichender und comfortabel ausgestatteter Orte vertreten sind. Für die Anregung oder die Beruhigung des Nervensystems, für die Beschleunigung oder Herabsetzung des Stoffwechsels, die Reizmilderung erkrankter Luftwege, Stärkung des Herzmuskels, für jene an und für sich gesunden Personen, die lediglich Erholung suchen, ebenso für Kranke, die direct einen Heilungsprocess anstreben, ist eine Fülle von geeigneten Aufenthaltsorten gegeben. Sinngemäss lässt sich auch hier Differencirung in drei verschiedene Klimate durchführen, welche die geeignete Anwendung einzelner Orte in bestimmten Fällen zweifellos erleichtern dürfte. Das Niederungsklima bis zu 1200 Fuss Seehöhe zeichnet sich durch eine gewisse Gleichmässigkeit der Temperatur, eine auffallend hohe Ziffer heiterer und sonniger Tage, seinen besonderen Schutz gegen Winde aus, alles Eigenschaften, welche insbesonders dem in seiner Ernährung und Blutbildung heruntergekommenen Kranken es ermöglichen, den Winter unter günstigen äusseren Verhältnissen zu verbringen und auch während der rauhen Jahreszeit Gelegenheit zum ausgiebigen Genusse der freien Luft zu haben. In diese Gruppe gehören besonders die drei, als Wintercurorte sich ja heute bereits eines internationalen Rufes erfreuenden Städte Arco, Bozen-Gries und Meran.

Am Fusse einer steilen Felswand gelegen, auf der sich das alte prächtige Schloss Arco erhebt, breitet sich der schöne, gegen 4000 Einwohner zählende Ort aus, welcher nach Norden, Osten und Westen vollkommen gegen Winde abgeschlossen ist und nur gegen Süden zu, wo sich das Thal gegen den Garda-See hin öffnet, einem leichten Windzuge, der sogenannten Ora, Zutritt lässt. Oliven, Citronen, Orangen und Feigen gedeihen ohne weiteren Schutz im Freien, was am Besten für das milde Klima Arcos spricht, dessen Jahresmittel ungefähr 13 Grad

Celsius beträgt. Schneefälle gehören selbst in strengen Wintern zur Ausnahme und die seit vielen Jahren gemessene niederste Nachttemperatur war minus 3 Grad Celsius. Das Klima Arcos ist nicht nur für den Herbst- und Frühjahrs-, sondern auch für den Winteraufenthalt sehr günstig. Da das Thal gegen Süden ganz offen ist, so haben die wärmenden Sonnenstrahlen ungehinderten Zutritt selbst im strengsten Winter durch sieben Stunden. Infolgedessen durch den absoluten Schutz vor Winden von Nord, Ost und West besitzt Arco eine verhältnissmässig bedeutende Mitteltemperatur. Dieselbe beträgt in den zwei kältesten Monaten December und Januar plus 4.7 und plus 4 Grad Celsius, in November, Februar und März plus 6, plus 8 und plus 14.4 Grad Celsisus. Als das eigentliche Wahrzeichen der klimatischen Vorzüge des Thales von Arco kann der Oelbaum angesehen werden, der in keiner anderen Gegend Tyrols sein Fortkommen findet. Er gedeiht bis auf eine Höhe von über 300 Metern in ausgedehnten Hainen. Arco besitzt eine nach den neuesten Anforderungen ausgestattete Curanstalt mit isolirten Solzerstäubungscabinen und ebensolchen für abgekühlte Fichtendampfinhalationen, hydropathische Apparate mit Hochdruck-Douche, Dampfstrahl- und Schwitzkästen, sowie pneumatische Apparate. Ausserdem werden verschiedene Trinkcuren von Kuh-, Ziegen- und Eselinnenmilch, sowie die Traubencur durchgeführt.

Das Klima von Bozen-Gries ist ein besonders günstiges. Schon der Pflanzenwuchs zeigt hier eine subtropische Ueppigkeit, die man sonst nur tief in Italien zu finden gewohnt ist. Diese Erscheinung erklärt sich durch die Stellung, welche die Berge hier einnehmen. Sie umfassen das Thal in Form eines nach Westen geöffneten Halbkranzes und zur Verstärkung dieser eigenartigen Schutzwehr baut sich gegenüber jener Oeffnung, an der das Etschthal vorüberfliesst, die hohe von Norden nach Süden ziehende Mendelwand auf, so dass auch diese Seite vor dem Eindringen jedes Sturmes gesichert ist. Die klimatischen Vorzüge des Ortes werden seit dem 1. December 1883 durch eine noch heute bestehende metereologische Beobachtungsstation wissenschaftlich bestimmt und so der hohe Werth dieses klimatischen Curortes, welcher von einer ganzen Reihe medicinischer Capacitäten als ein Sonnenluftcurort ersten Ranges bezeichnet wurde, festgestellt und unanfechtbar nachgewiesen. Diesen wissenschaftlichen Bestimmun-

gen zufolge ist das Saisonklima von Gries ein gemässigt warmes, mässig trockenes, sehr constantes mit geringer Bewölkung, seltenen und schwachen Niederschlägen und fast absoluter Windstille bei kräftigster und ausgiebigster Insolation. Die Ruhe, Klarheit und Trockenheit der Luft bei der südlichen Exposition des Curortes am Fusse eines steil und hoch aufsteigenden Felsberges lassen diese Insolation ungehindert zur Geltung kommen und verstärken sie noch durch Reflexion. Nach den Beobachtungen der K. K. Reichsanstalt für Metereologie und Erdmagnetisums in der Station Gries giebt es daselbst während der Saison per Monat im Mittel 26 Tage mit Sonnenschein, 7 ganz heitere Tage, 7 mit einer Bewölkung bis 25 Procent, 5 bis 50 Procent, 4 bis 75 Procent und 8 mit mehr als 75 bis 100 Procent, so dass durch viele Tage im Monat selbst empfindliche Kranke täglich 4 bis 10 Stunden im Freien zubringen können. Schneefälle gehören in Gries zu den seltenen Naturerscheinungen. Neben der Luftcur werden mit bestem Erfolge die Traubencur, sowie verschiedene Combinationen von Milchcuren, endlich Wassercuren und Massage durchgeführt.

Die Palme aber unter diesen drei Orten gebührt zweifellos M e r a n, welches, durchströmt von den herrlich grünen Wässern der Etsch und Passer, von hohen Bergen gegen Norden, Osten und Westen wie mit einem Walle umgeben ist und durch seine Lage am Südabhange der Alpen alle Vortheile der subalpin gelegenen Orte bietet, ohne deren Nachtheile aufzuweisen. Meran erfreut sich einer auffallenden Klarheit des Himmels, besonders während der Wintermonate — im Jahresmittel 55 wolkenlose Tage von November bis März — und wird nach dieser Richtung hin nur von Kairo übertroffen. Es geniesst eine auffallende, während der Wintermonate fast absolute Windstille — im zehnjährigen Durchschnitte 14 Windtage während der vier kalten Monate. Mit Ausnahme von Kairo hat es unter allen bekannten klimatischen Curorten die wenigsten Regentage — 52 im Jahre inclusive 7 Schneetage — aufzuweisen. Es gehört zu den trockenen Curorten und steht bezüglich des Feuchtigkeitsgehaltes der Luft auf analoger Stufe mit Davos, der Riviera und Kairo — mit einem Jahresmittel der relativen Feuchtigkeit von 67.8 Procent. Das Klima von Meran ist aber, was ausdrücklich betont sein soll, nicht als südliches, sondern als gemässigtes zu bezeichnen. Einem gleich-

mässig warmen, schönen Herbste mit einer unbeschreiblichen Farbenpracht und einem in manchen Jahren kaum zu übersehenden Früchtenreichthum folgt ein kurzer, nicht sehr kalter Winter. Nur ausnahmsweise sinkt die Mittagstemperatur auf den Nullpunkt. Die vielen klaren, windstillen Tage erlauben selbst empfindlichen Kranken, fast regelmässig einen mehrstündigen Aufenthalt im Freien. Das Frühjahr beginnt schon im Februar; während des Monates März prangt der Ort bereits in einer herrlichen Blüthenfülle. Bemerkenswerth sind die ausserordentlich günstigen sanitären Verhältnisse des Curortes. In einer im Auftrage der Regierung verfassten statistischen Zusammenstellung des Bezirksarztes Dr. P r e s s l über die Todesursachen in Oesterreich wird darauf hingewiesen, dass Meran die kleinsten Mortalitätsprocente im ganzen Reiche aufweist. Erfreulicher Weise ist man davon abgekommen, Meran vorzüglich als einen Heilort für schwere Lungenkranke aufzufassen, die ja noch weit südlicher gelegene Punkte und weit höhere Durchschnittstemperaturen aufsuchen müssen, um nachweisbare Heilungserfolge zu erzielen. Dafür ist es für Nervenleidende und für Reconvalescenten aller Art ein Heilplatz ersten Ranges geworden. Auch die ganz modernen Einrichtungen der vorhandenen Curmittel weisen dem Orte einen ersten Platz an. Von diesen seien das Inhalatorium mit Solenzerstäubung nach W a s s m u t h und Mineralwasserinhalation, die M a t h i e u'schen Apparate zur Einathmung comprimirter Luft, die Ozon- und Sauerstoff-Inhalationen, die Kohlensäure- und electrischen Bäder, sowie zwei in modernster Weise eingerichtete Kaltwasserheilanstalten, endlich das Sanatorium für Nervenkranke erwähnt. Dass Meran die erste und älteste von Hofrath O e r t e l selbst eingerichtete Terrainstation ist, darf wohl als bekannt vorausgesetzt werden. Allen drei Orten gemeinsam ist eine herrliche Umgebung, welche von kleinen, auch den Schwerleidenden möglichen Spaziergängen bis zu weiten Touren in die Berge hinein jede erdenkliche Gelegenheit bietet, um den zunehmenden Kräftezustand in schönster und die Genesung fördernder Weise ausproben zu können. Auch nach dieser Richtung darf Meran auf den ersten Platz Anspruch erheben. Steht man zu Füssen des alten viereckigen Pulverthurmes, der als Ueberbleibsel vergangener Befestigung der Stadt Meran erhalten ist, so breitet sich über Berg und Thal ein herrliches Panorama vor dem Beschauer

aus. Tief im Süden schliessen die schneegekrönten Trienziner Alpen das Etschthal, scharf zeichnet sich das seltsame Profil des Mendelpasses vom Himmel ab. Auf einem Einschnitte des gegenüberliegenden Sattels steht ganz einsam ein uraltes Kirchlein, „Kathrein in der Scharte." Unter uns rauscht die Gulf der Passer zu, breitet sich inmitten einer bunten Pracht seltener Bäume und Blüthen, denen der milde Winter kein Leid zugefügt, die alte Stadt aus, nach allen Richtungen hin bis tief ins Land hinein umgürtet von einem Kranze der prächtigsten Villegiaturen, die wieder ihrerseits sich in das schier unerschöpfliche Grün von Thal und Hang verkrochen haben. Darüber aber, wohin das Auge sich auch wenden mag, Schlösser und Burgen, halbverfallene oder noch in der Rüstigkeit früherer Jahrhunderte, Denkzeichen verschiedener Culturperioden, verschiedener Bauzeiten. Vom mächtigen Schloss Tyrol an, der einstigen Residenz der Landesherren, welcher ja das ganze Land den Namen dankt, über Lebenberg, Fragsburg, Katzenstein, Labers und Gojen, die trotzige Burg Vorst, die, erst kürzlich in allen Details von aussen und innen restaurirt, ein Meisterstück alter Baukunst bietet, bis zum hochragenden Sitze der Grafen von Meran, dem Schlosse Schenna, zieht sich über die ganze Gegend, soweit das Auge reicht, diese stattlichste Zier der Höhen hin.

In neuester Zeit ist auch die Landeshauptstadt Innsbruck auf ihre Bedeutung als Wintercurort entsprechend gewürdigt worden. Dieses ist zunächst einer viel besprochenen Publication des berühmten französischen Klinikers Professor Jaccoud zu verdanken, welcher in der „Semaine médicale" mit grosser Wärme Innsbruck als Winterstation insbesonders zur Präventivbehandlung der Phthise empfohlen hat. Die Ausführungen dieses Fachmannes, welcher an Ort und Stelle zu wiederholten Malen die Verhältnisse auf das Genaueste studirt hat, erscheinen mir so interessant, dass ich mir nicht versagen kann, einige Stellen aus denselben Ihnen im Wortlaute mitzutheilen: „Als Princip für die Vorbeugung und winterliche Behandlung der Lungentuberculose gilt eine mässige Höhe während des Herbstes und Winters, welche trotzdem die Eigenschaften des Bergklimas aufweist. Ländliche Gebirgsorte mit diesen Eigenschaften gäbe es gewiss genug, doch da es sich, wie gesagt, nicht um wirkliche Kranke, sondern um junge Leute handelt, für die körperliche Schonung von grösster

Wichtigkeit ist, so wäre es wohl nicht angezeigt, diese Patienten und ihre Familien während des langen Herbstes und Winters aufs Land zu verweisen; es liegt vielmehr im Interesse derselben, die Erfordernisse der Wintercur mit den geistigen und pädagogischen Hülfsmitteln und den Zerstreuungen einer mittelgrossen Stadt zu verbinden, welche auch die klimatischen Bedingungen erfüllt. Dabei sind die südlichen Curorte, welche grösstentheils von Lungenkranken aufgesucht werden, von vornherein ausgeschlossen, da man ja junge Leute, die zwar nicht krank, aber für Tuberculose durch gegebene Bedingungen äusserst empfänglich sind, nicht der grossen Uebertragungsgefahr aussetzen darf, die in dem nahen Beisammensein mit solchen Kranken liegt, wie dies in den italienischen Curorten der Fall ist. Eine Bergstadt aber, die allen an sie gerichteten Anforderungen in idealster Weise entspricht, ist Innsbruck, und es ist nur zu verwundern, dass seine hervorragende Bedeutung als Wintercurort mässiger Höhe nicht längst erkannt und gewürdigt wurde. Innsbruck, Tyrols Hauptstadt, liegt am Zusammenflusse des Inn und der Sill in einer Höhe von 580 Metern. Es zählt mit den Vororten eine Bevölkerung von 35,000 Seelen, bedeckt aber ein weit grösseres Areal, als manche Stadt mit doppelter Volkszahl. Die Stadt ist allseits von hohen Bergen umgeben, die besonders im Norden als grossartiger Wall sich dem Anpralle der Nordwinde entgegenstellen. Gleichzeitig werfen diese Felsenwände, die den vollkommensten Windschutz bilden, die Sonnenstrahlen mächtig zurück und leiten so die Wärme über die Stadt und ihre Umgebung. Von Süden her, durch den Einschnitt im Brennermassiv, ist die Stadt den aus Italien streichenden Winden zugänglich und steht dadurch in hohem Grade unter dem Einflusse des südlichen Klimas, wie die reiche Vegetation am linken Innufer beweist. Die Vortheile dieser Lage springen sofort in die Augen. Im December stellt sich meistens der winterliche Character ein, der Boden wird mit Schnee bedeckt und diese Schneedecke hält bis Ende Februar; dabei erscheinen die vereinten Vorzüge der Höhe, der grossartigen Umgebung, der Nähe von Italien und der östlichen Länge in der ganzen Fülle ihrer Schönheit; die Sonne strahlt kräftig und leuchtend, das Firmament glänzt in tiefem Blau, kurz, der lachende Himmel des Südens belebt mit leuchtender Wärme eine nordische Landschaft im Winterkleide. In den westlichen Regionen der Alpen

muss man zu weit beträchtlicheren Höhen emporsteigen, um ähnliche Verhältnisse zu finden, gleiche giebt es überhaupt nirgends, da in dieser Beziehung nichts die östliche Länge zu ersetzen vermag." Nimmt man hinzu, dass Innsbruck nach jeder Richtung hin alle Vorzüge und Einrichtungen einer modernen deutschen Mittelstadt zeigt, überdies einen bemerkenswerthen Reichthum an künstlerischen Denkmälern und Sehenswürdigkeiten aufzuweisen hat, so darf es nicht Wunder nehmen, dass dieser jüngste unter den klimatischen Curorten von Tyrol so rasch und mit solchem Erfolge in Mode gekommen ist.

Die nächste Gruppe gehört dem subalpinen Klima an und bewegt sich zwischen 1200 und 2700 Fuss Erhebung über der Meeresfläche. Sie ist durch ihre besondere Reinheit der Luft, ihren grossen Reichthum an Ozon und hohen Feuchtigkeitsgehalt vorzugsweise zum Aufenthalte während der heissen Monate geeignet. Das Nervensystem wird mässig angeregt, die Herzthätigkeit belebt, die gereizten Schleimhäute der Athmungsorgane günstig beeinflusst. Ein grosser Theil des Landes und viele seiner herrlichsten Punkte fallen in diese Gruppe. Innerhalb der Grenzen, die mir hier naturgemäss gezogen sind, will ich nur rasch des romantischen Bruneck, dessen Strassen direct in den Wald übergehen, der herrlich schattigen Tannenbestände von Gnadenwald und des pittoresken Landeck Erwähnung thun, welches schon als Ausgangspunkt für die grossartigen Wagentouren über das Stilfser Joch und in die Ortler-Gruppe hinein besondere Erwähnung verdient. Für alle diejenigen, welche aus dem einen oder anderen Grunde die eigentlichen Höhencurorte zu vermeiden suchen, ist gerade in Tyrol ein beinahe unerschöpfliches Gebiet vorhanden, in welchem die sanften Reize der localen Mittelgebirgslandschaft sich wirksam von dem Hintergrunde abheben, den auch hier zunächst die grossartigen Gipfel der Alpenwelt bilden. Schöne Waldbestände, die characteristischen Wiesenmatten mit alpinem Blumenschmucke, durchwegs vorzügliches Trinkwasser, endlich ausgezeichnet angelegte und erhaltene Strassen, sind, wenn man will, im weitesten Sinne als Curbehelfe zu bezeichnen.

(Schluss folgt.)

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Centralblatt für Gynäkologie.

1) F. Engelmann: *Nochmals das Protargol bei der* Credé-*schen Augeneinträufelung.*

In der Bonner Universitäts-Frauenklinik waren weitere Versuche mit Protargol angestellt worden, so dass auf diese Weise jetzt bereits über 1000 Kinder behandelt wurden. In ca. 80 Procent der Fälle trat entweder überhaupt keine Secretion ein, oder dieselbe war nur ganz gering und stets am 2. Tage erloschen. In anderen Fällen trat eine etwas stärkere und in ganz vereinzelnten Fällen eine stark zu bezeichnende Reaction auf; hier handelte es sich meist um frühgeborene Kinder, die natürlich auf derartige Eingriffe stärker reagiren wie ausgetragene. Niemals erreichte die Reaction eine Stärke, wie man sie bei dem Gebrauche des Argentum nitricum nicht so selten beobachtet. Auf Grund dieser Beobachtungen steht daher E. nicht an, die Behauptung in seiner ersten Publication zu wiederholen, dass das Protargol nur ganz geringfügige irritirende Wirkungen besitzt und dem Argentum nitricum entschieden vorzuziehen ist. Dass auch die antiseptische Wirkung des Mittels in der Concentration, in der es angewendet wurde, eine genügende ist, beweist der Umstand, dass der Procentsatz der Gonococcen-Blenorrhöen unter den ersten 1000 Fällen denjenigen der früheren Jahre nicht übertrifft (2:1000). (1902, No. 1.)

2) A. Grasmück: *Ein weiterer Fall von Hypertrophie der weiblichen Brustdrüse*

Der von Verf. beschriebene Fall bietet in so fern Interessantes, als er zu der reinen Form von Mammahypertrophie und zwar einer Schwangerschaftshypertrophie zugezählt werden muss. Als Mädchen bis zum 17. Lebensjahre hatte die Patientin nichts Abnormes in Bezug auf ihre Brüste bemerkt. Erst vom 2. Schwangerschaftsmonate an fing die Hypertrophie an, sich bemerkbar zu machen und nahm dann nicht rasch, sondern ganz allmählich zu, um dann wieder im Puerperium und der darauf folgenden Zeit ebenso allmählich abzunehmen. In Bezug auf ihre Function verhielten sich die Brüste annähernd normal: sie secernirten Milch. (Ibidem.)

3) H. Fritsch: *Ueber subcutane Durchschneidung des Sphinkter bei Wiederherstellung des Dammes.*

Simon schlug bekanntlich vor, den Sphincter nach dem Steissbeine zu vor der Plastik zu durchtrennen. Diese Durchtrennung, nach der Operation ausgeführt, ist ungefährlich und ziemlich sicher. Man versucht, wenn die Operation fertig ist, mit dem Finger in den Anus einzudringen. Stösst der Finger

auf einen grossen Widerstand, ist der Anus sehr eng, so ist auch anzunehmen, dass dieser Widerstand für Blähungen resp. Mastdarmschleim zu gross sein wird. Man führt desshalb ein spitzes, gekrümmtes Tenotom von aussen flach gegen den Sphincter zu ein, stellt es durch Drehung gerade und durchtrennt damit subcutan den Sphincter vorsichtig, langsam, um nicht den Mastdarm zu perforiren. Der Finger, in den Anus eingeführt, controllirt die Spitze des Tenotoms und drückt ihr den Sphincter entgegen. Am besten macht man zwei Durchtrennungen, eine nach rechts, eine nach links, in der Entfernung von ca. 1—1,5 cm von einander. Darnach ist der Finger leicht einzuführen, und man schiebt nun ein Gummirohr von 1 cm Durchmesser, mit Jodoformgaze dünn umwickelt, ca. 6 cm hoch in den Anus. Das Rohr, kurz abgeschnitten, wird nicht befestigt. Auch die sagittale Durchtrennung hat F. oft gemacht, dabei aber bemerkt, dass, wenn auch die Blutung nicht stark und die Heilung eine gute ist, doch die Schmerzen erheblich grösser als bei der subcutanen Durchtrennung waren. Die Erfolge der subcutanen Durchschneidung des Sphincters sind so gute, dass F. sie den Fachgenossen dringend empfehlen möchte. Dass sich später eine normale Function des Sphincters herstellt, war nach den Erfahrungen der Operation der Fissura ani als selbstverständlich anzunehmen.

Verf. fügt noch hinzu, dass Catgut wohl nicht das beste Material zu der versenkten Naht des Sphincters und Levator ani ist. Wird es erweicht und resorbirt, so wird der Levator ani jedenfalls wieder auseinander weichen, wodurch der Erfolg bezüglich des Beckenbodens nicht gut bleibt. Man hat in dem vorzüglichen von Pagenstecher empfohlenen Zwirn ein besseres Material. (1901, No. 2.)

4) R. Olshausen: *Zur gynäkologischen Massage.*

Verf. kommt in seiner sehr eingehenden Arbeit zu folgenden Schlusssätzen: Zur Massage eignen sich nur feste Bindegewebsexsudate im Becken, wenn dieselben torpid geworden und alle Entzündungserscheinungen längere Zeit vorüber sind. Auch solche Exsudate eignen sich nur in Fällen, in denen sie der äusseren Hand bequem zugänglich sind, so dass zwischen sie und die Fingerspitzen bei der Massage nur die Bauchdecken zu liegen kommen. Tubentumoren können nur höchst selten erfolgreich massirt werden, wenn es Hydrosalpingen sind und die Flüssigkeit durch den Uterus zum Abfluss gebracht werden kann. Bei der Massage von Tuben mit verdickten Wandungen ohne flüssigen Inhalt dürfte wesentlich nur die Massage der umgebenden Infiltrationen bedeutungsvoll sein. Peritoneale Adhäsionen, Hämatocelen, Lageanomalien der Vagina und des Uterus sind keine Objecte für die Massage, wenn auch vielleicht die Massage umgebender Exsudate bisweilen den Lageanomalien indirect zu Nutzen kommen kann. (1901, No. 3.)

5) L. Seeligmann: *Zur Behandlung der rückwärts gelagerten, schwangeren, incarcerirten Gebärmutter.*

Das von Verf. angewandte Verfahren ist folgendes: 1. Schrägstellung des Uterus mit seiner Längsachse in die Achse eines schrägen Beckendurchmessers durch energischen Zug an der Portio einerseits und sanften Druck auf den Fundus uteri in entgegengesetzter Richtung. Gewöhnlich wird der Querdurchmesser von rechts hinten nach links vorn zu wählen sein, wegen des links verlaufenden Rectums. 2. Einlegung eines mit Flüssigkeit gefüllten Colpeurynters unter den hinaufgedrängten Fundus uteri in der betreffenden Seitenlage der Patientin, deren Becken in dieser Position dann noch hoch gelagert werden soll. Durch seine Schwere wird der Colpeurynter in der gewünschten Lage verbleiben und auch einen permanenten Druck in dem angestrebten Sinne auf den Fundus uteri ausüben. Nach 2—3 Stunden ist der Colpeurynter zu entfernen. Eventuell kann natürlich das Verfahren wiederholt werden; in dem von S. beschriebenen Falle war eine Wiederholung nicht nöthig gewesen. (1901, No. 5.)

6) J. Hofbauer: *Eine neue Technik des Dammschutzes.*

Die Elasticitätsgrenze des Dammes wird häufig überschritten, und es erfolgen, wenn man nicht im geeigneten Moment durch Einschnitte in den Vulvarsaum diesem Ereigniss vorbeugt, Rupturen zuerst in das Frenulum, die sich dann mehr oder weniger tief auch auf die Dammgebilde erstrecken. In solchen Fällen nun leistet oft ein Handgriff, den H. methodisch angewandt hat, recht brauchbare Resultate. Der Vorgang unterscheidet sich anfänglich nicht von den üblichen; ob Rücken- oder Seitenlage der Frau, ist irrelevant. Die rechte Hand liegt flach auf dem Damme, so dass das Frenulum für das Auge frei bleibt, und übt einen Druck von vorn nach hinten aus, um den Kopf vom Damme nach vorn abzulenken. So treten immer grössere Partien des Schädels sagittal in die Vulvaröffnung. Erst dann, wenn die Spannung des Dammes eine hochgradige geworden, also zumeist wenn der rückwärtige Winkel der grossen Fontanelle den Damm zu passiren beginnt, dann führt man mit dem Kopfe eine Drehung aus, und zwar so, dass die von vorn her den Kopf umfassende Hand denselben in einen schrägen Durchmesser bringt; die dabei vollführte Drehung mag gegen 40° betragen und wird je nach der Position des Rückens nach links oder rechts ausgeführt. Durch diese Drehung wird die vorher schon stark gedehnte und auf äusserste verdünnte Dammpartie, deren Umrandung jeden Moment zu rupturiren drohte, sofort entlastet, da die Spannungsverhältnisse nun mit einem Schlage geändert werden, und der Damm legt sich sofort in die Mulde, die durch die grosse Fontanelle dargestellt wird; gedehnt werden jetzt die seitlichen

Partien der Vulvaröffnung, die bisher nur einem geringen Druck ausgesetzt waren. Es wird auch von diesem Momente an die Blutzufuhr zu den bisher anämischen Partien wieder möglich, und so hat der blutleere, bretthart gewordene Damm wieder Gelegenheit, zu erweichen. So lässt man jetzt den Kopf allmählich austreten, und man wird häufig die Freude haben, einer nahezu mit Sicherheit drohenden Ruptur entgangen zu sein. Die beschriebene Methode führt H. nun auch bei operativen Entbindungen aus, zunächst bei der Zangenanlegung. Hier entwickelt er den Kopf median in typischer Weise, bis die grosse Fontanelle den Damm vorwölbt; dann werden die Zangenblätter abgenommen, der Kopf umfasst, in oben genanntem Sinne gedreht und zum Austritte gebracht. Doch lässt sich auch mit der Zange die Drehung vollführen. Auch bei Steissextractionen bewährt sich der Handgriff. Hier ist es selbstredend gleichgültig, nach welcher Richtung hin die Drehung geschieht. Den Moriceau'schen Handgriff vorausgesetzt, vollführen die über den Nacken des Kindes geschlagenen beiden Finger der rechten Hand des Operateurs die Drehung in dem Momente, sobald sich die Stirn über den Damm hervorwälzt; der am Unterkiefer liegende Zeigefinger der anderen Hand wirkt unterstützend im selben Sinne. (1901, No. 5.)

7) W. Stroganoff: *Können Wannenbäder als das beste Reinigungsmittel des Körpers der Kreissenden betrachtet werden?*

Verf. kommt auf Grund seiner zahlreichen Untersuchungen und Experimente zu folgenden Schlüssen: 1. Der Werth der Reinigungswanne für die Kreissende ist noch nicht genügend aufgeklärt. 2. Das Wasser des Wannenbades enthält immer verdünnten Schmutz von dem Körper des Badenden und nicht selten Theilchen flüssiger und fester Excremente desselben. 3. Das Wasser der Wanne spült bei den Badenden von den Körpertheilen, welche von Wunden, Geschwüren etc. bedeckt sind, höchst gefährliche Streptococcen und Staphylococcen ab und überträgt dieselben auch auf andere Körpertheile. 4. Die Wannen müssen, bei der gewöhnlichen Art ihrer Reinigung, vom Standpunkte des Bacteriologen Schmutztheilchen von den früheren Bädern enthalten. 5. Auf Grund der angeführten Punkte ist das Waschen in der Wanne gar nicht vollkommen. 6. Die in der Wanne enthaltenen Infectionskeime gelangen auf die Brustwarzen, den gewöhnlichsten Weg bei dem Eindringen der Infection in den Körper der Kreissenden. 7. In einzelnen Fällen dringt das Wasser aus der Wanne in die Scheide der Schwangeren und Kreissenden ein, wodurch die Principien der Aseptik und Antiseptik verletzt werden. 8. Die Ersetzung der Reinigungswannen durch die Badestube oder sogar durch eine Abwaschung mit Seife bei ununterbrochener Begiessung mit

Wasser reinigt die Haut in vollständigerer Weise, vermindert die Möglichkeit des Eindringens der Infection in die Gegend der Brustwarzen und in die Scheide und muss dadurch die Anzahl der puerperalen Erkrankungen wenigstens bei Mehrgebärenden reduciren. 9. Die Ersetzung der Wannenbäder durch Abwaschung in dem von Verf. dirigirten Institute für Geburtshülfe und Gynäcologie zu St. Petersburg in dem Zeitraume vom 1. Januar 1899 bis 6. Juni 1900 bei 759 Geburten wurde von einer Verminderung der Anzahl der Erkrankungen der Wöchnerinnen auf 7,4 Procent im Vergleiche mit den zwei früheren Jahren (807 Geburten) begleitet. (1901, No. 6.)

8) Sticher: *Das Vorbereitungsbad der Kreissenden als Infectionsquelle.*

Im Anschluss an die obige Arbeit theilt St. mit, dass er schon früher die gleichen Anschauungen publicirt habe wie neuerdings Stroganoff. Die Schlussfolgerungen, welche er seiner Zeit aus seinen Experimenten zog, bewegten sich in zweierlei Richtung. Zunächst ergab sich als unmittelbare practische Consequenz: Das Bad ist unzulässig bei der Vorbereitung einer Kreissenden, wenn es vorausgeschickt wird einer zum Theil — nämlich was die inneren Genitalien anlangt — aseptisch intendirten Maassnahme, wie sie die innere Untersuchung oder die geburtshülfliche Operation heut zu Tage bei der Mehrzahl der Geburtshelfer darstellt. Da Verf. von diesem aseptischen bezw. nichtantiseptischen Principe nicht abgehen wollte, brachte er das Bad bei Kreissenden, wo die Fruchtblase bereits gesprungen oder der Beginn lebhafter Geburtsvorgänge bemerkbar war, in Wegfall, ferner auch da, wo zu befürchten war, dass das Eindringen von Badewasserkeimen in die inneren Genitalien besonders verhängnissvoll werden konnte; er vermied das Bad bei den zum Kaiserschnitte vorzubereitenden Frauen. Bei alledem blieb sich St. bewusst, dass das Bad als solches nicht zu unterschätzende Vortheile für die Vorbereitung der Schwangeren und Kreissenden, besonders mit Rücksicht auf die Verhütung einer nachträglichen Infection im Wochenbette, darbietet. Wollten wir das Bad principiell als bedenklich und unzulässig verwerfen, so würden wir — falls nicht eine eben so peinliche Säuberung der Körperoberfläche durch Abwaschen an die Stelle des Bades tritt — vielleicht einen Keimimport ante und intra partum verhindern, im Wochenbette jedoch eine Contactinfection der Lochien mittels der auf der Körperoberfläche im Uebermaasse angehäuften Keimmengen kaum verhüten können. Wir werden desshalb nach St. vielleicht am zweckmässigsten so verfahren, dass wir das Bad beibehalten und von dem streng aseptischen bezw. nichtantiseptischen Princip abgehen, d. h. es wird sich empfehlen, entweder dem Badewasser ein wirksames Antisepticum

zuzusetzen oder während des Bades die Vagina durch Einbringen eines antiseptisch imprägnirten Tampons gegen die Invasion von Microben zu schützen. (1901, No. 9.)

9) W. Zangemeister: *Zur Entfernung der Placenta durch äussere Handgriffe.*

Z. hatte an dem grossen Material der Berliner Universitäts-Frauenklinik als Assistent öfters Gelegenheit, in Fällen von Placentaretention, in welchen alle anderen Mittel schon versucht waren, noch einen Handgriff anzuwenden, der zwar nicht immer half, aber doch noch in einer Anzahl der Fälle es ihm ersparte, die innere Lösung der Placenta vorzunehmen. Das Verfahren ist folgendes: Der Uterus wird in der Wehenpause von beiden Seiten, dann von vorn und hinten mit den einzelnen Fingern abwechselnd an verschiedenen Stellen eingedrückt, so dass flache, dellenartige Vertiefungen entstehen; dieses Kneten wird bis zu der danach eintretenden Wehe fortgesetzt, event. in den nächsten Wehenpausen noch wiederholt. Durch das Kneten wird die Placenta von ihrer Haftstelle mehr und mehr abgeschoben und mit Hülfe der dazwischen eintretenden Wehen nach und nach gelöst und lässt sich dann oft nach 1—2 Wehen durch kräftige Expression (in der Wehe!) ausdrücken. Eine Inversion ist bei dem Verfahren ausgeschlossen, da man nicht von oben her Dellen in den Uterus machen soll, sondern nur von den Seiten her resp. von vorn und hinten. Wie oft das Verfahren noch zum Ziele führt, wenn die anderen Mittel ergebnisslos waren, ist schwer zu sagen, ein Jeder möge es dann versuchen, wenn er die anderen Mittel der Reihe nach versucht hat und im Begriffe steht, die manuelle Entfernung vorzunehmen. Z. wurde oft wiederholt von Collegen zu Fällen gerufen, in denen schon von verschiedenen Händen die Expression vergeblich versucht war, und in denen ihm dann, nachdem auch er dieselben vergeblich versucht hatte, durch die Massage des Uterus in der Wehenpause die äusserliche Entfernung der Nachgeburt doch noch gelang. (1901, No. 15.)

10) W. Albert: *Sterile Dauerhefe und ihre Verwerthung in der Gynäkologie.*

Landau beschrieb zum ersten Male im Jahre 1899 die Behandlung des „Fluor albus" mit Hefeculturen, welche er mit ausgezeichnetem Erfolge bei sehr heftigen und chronischen Scheiden- und Cervixcatarrhen anwandte, indem er 15—20 ccm einer Aufschwemmung von Hefe in Bierwürze in die Vagina einspritzte. Ueber die Art, wie die günstige Einwirkung auf die erkrankte Scheide bezw. Cervix zu Stande kommen konnte, war Landau noch im Zweifel, indem er annahm, dass entweder das mechanische Princip, dargestellt durch die Ueberwucherung und Vernichtung anderer Bacterien durch die Hefe-

zellen, den bestehenden Catarrh so günstig beeinflusste, oder dass die Wirkung von Stoffwechselproducten der Hefe die den Catarrh unterhaltenden Bacterien oder deren Toxine vernichte. Da es nun aber schon seit längeren Jahren bekannt war, dass auch Hefezellen ganz ähnliche catarrhalische Zustände bezw. Infectionen der weiblichen Genitalien wie viele andere Microben verursachen und unterhalten können, so wagten nur wenige Gynäcologen die Fortsetzung und Prüfung der Landau'schen Versuche. Nun ist es R. Albert, einem Bruder des Verf., gelungen, lebende Hefezellen auf eine ziemlich einfache Methode derart abzutödten, dass keine einzige ihrer bekannten Eigenschaften vernichtet wird; durch diese Methode wird die gewöhnliche Bierhefe in ein trockenes, staubförmiges Pulver umgewandelt, sterile Dauerhefe genannt, welches keine einzige lebende, d. h. fortpflanzungsfähige Hefezelle mehr enthält. Insbesondere besitzt die Dauerhefe neben anderen peptischen Enzymen, welche das Pepsin und das Trypsin an Verdauungskraft weit übertreffen, das Gährungsenzym, die Zymase, durch welche Zucker in Kohlensäure und Alcohol gespalten wird, und die Zymase ist es, wie man annehmen muss, wodurch die Hefe im lebenden Zustande ihre schlimmsten Feinde, die Fäulnissbacterien, vernichtet. Jedenfalls haben wir in der Hefe ein Mittel, welches erstlich die Bacterien in ihrer Virulenz schwächt oder sogar abtödtet und zweitens die menschlichen Schleimhäute nur wenig oder gar nicht reizt, ein Umstand, der im Vergleiche zu anderen Desinficientien nicht hoch genug angeschlagen werden kann.

Die Technik des Verfahrens ist kurz folgende: Man rührt 4 g (ungefähr 15 ccm) steriler Dauerhefe mit 20 ccm einer 20-procentigen Zuckerlösung zu einem gleichmässigen Brei an. Sodann entfaltet man die Scheide der in Steiss-Rückenlage auf einem Untersuchungstisch oder im Querbette womöglich mit erhöhtem Becken liegenden Frau am zweckmässigsten mit Sim's'scher Rinne und Seitenhebel, um sie bequem übersehen und sie gründlich mit trockener Watte sauber auswischen zu können. Damit nun möglichst viel Hefebrei in der Vagina zur Wirkung kommen kann, ist es nothwendig, eine Spirale einzulegen, die sich ohne Mühe aus einem Celluloidring in der gewünschten Form und Grösse herstellen lässt. Nun spritzt man den Hefebrei in die Scheide ein und tränkt einen Wattetampon, welcher das Herausfliessen verhüten soll, derart mit Zuckerlösung, dass er nicht den Hefebrei aus der Scheide aufsaugen kann. Ist der Damm sehr niedrig, so ist es am einfachsten, entweder das Becken hoch zu lagern oder die hintere Scheidenwand durch die schon vorher benutzte Sim'sche Rinne nach aussen zu verlängern, um die Scheide ganz anfüllen zu können. Dann wird die Pat. vorsichtig (um die Bauchpresse ausser Thätigkeit zu lassen) in Rückenlage ins Bett gehoben und bleibt so 6—8 Stunden liegen. Die Gährung ist in etwa

12—14 Stunden in der Hauptsache vorüber und dann muss die Flüssigkeit sorgfältig entfernt werden, da die nicht mehr gährende Hefe ein guter Nährboden für andere Bacterien ist. Es wird dann Tampon und Spirale entfernt und die Scheide mit reinem, warmen Wasser gründlich ausgewaschen. An den beiden folgenden Tagen Morgens und Abends Ausspülung mit Kochsalzwasser, am 3. Tage Wiederholung des Verfahrens.

Die Erfolge zeigen sich 1. in der microscopisch nachweisbaren Abnahme der Virulenz der Scheidenbacterien; 2. in der Veränderung des Scheidensecretes und 3. in der schnellen Heilung selbst grosser Erosionen an der Portio. Weiterhin bietet die sterile Dauerhefe der Gynäcologie vorzügliche Dienste bei der Vorbereitung für vaginale Operationen: spritzt man am Abend vor einer beliebigen vaginalen Operation in der beschriebenen Weise ein, so ist die Scheide unzweifelhaft besser desinficirt und besser vorbereitet, als wenn man schärfer desinficirende Ausspülungen oder Auswaschungen gemacht oder die Scheide unmittelbar vor der Operation gründlich ausgeseift hätte. (1901, No. 17.)

Centralblatt für innere Medicin

1) B. Goldberg: *Zur Guajakoltherapie der Epididymitis acuta gonorrhoica.*

G. lässt die schon früher von ihm empfohlene Guajacoltherapie bei acuter gonorrhoischer Epididymitis in folgender Weise ausführen: Guajacol. puriss. 5,0, Lanolin. Resorbin. āā 10,0, ut f. Ungt. wird verschrieben und der Pat. angewiesen, diese Salbe 12stündlich in solcher Menge aufzutragen, dass in 3—4 Tagen das Ganze verbraucht ist. Die Salbe wird nach einem vorgängigen einmaligen Reinigungssitzbad auf die schmerzhaften Stellen eingerieben; diese Stellen werden mit einem Leinwandlappen bedeckt, darüber kommt hydrophile Watte, dann Guttaperchapapier; die Befestigung erfolgt nicht mit einem gewöhnlichen, sondern mit einem Neisser-Langlebert'schen oder Falksohn'schen Suspensorium; diese Suspensorien ermöglichen bekanntlich einerseits eine vollständige Fixation, andererseits einen luftdichten Abschluss des Scrotum. Das erste Mal muss der Arzt selbst den Salbenverband anlegen. Der Pat. bekommt ferner 3,0—4,0 Salol pro die einzunehmen. Sein Allgemeinbefinden und die Art seiner Thätigkeit entscheidet darüber, ob man ihn ausser Bett, event. sogar in seinem Berufe thätig sein lässt, oder ob man ihn zunächst Bettruhe einhalten lässt; diese wird — so sicher ist die Wirkung des Guajacol auf das Allgemeinbefinden — höchstens 3—4 Tage dauern. Wenn Pat. in dem nachentzündlichen, dem Stadium restitutionis, erst zur Behandlung kommt, wendet G. die Guajacolapplication nicht mehr an. Die geschilderte Behandlung

wirkt nach G. in einer auffallend günstigen Weise auf das Allgemeinbefinden und auf den örtlichen Zustand. (1901, No. 14.)

2) B Bardach: *Zum Nachweis von Quecksilber im Harn.*

Das von B. beschriebene Verfahren ist folgendes: 500 ccm Harn werden in einen nicht zu enghalsigen Kolben gebracht, 0,8 sehr fein pulverisirtes käufliches, reines Eieralbumin in kleinen Portionen unter Aufschütteln eingetragen und behufs vollständiger Auflösung noch einige Minuten stehen gelassen. Hierauf wird der Harn entsprechend angesäuert, in ein heisses Wasserbad gehängt, welches ca. 15 Minuten im flotten Sieden erhalten wird, und heiss filtrirt. Das filtrirte Coagulum lässt man noch kurze Zeit, um gutes Abtropfen des Harnes zu bewirken, im Trichter, breitet dann das Filter auf, entfernt die leere Filterhälfte, legt die andere, das Coagulum enthaltende Hälfte auf eine Glasplatte, auf der zwei Stück Filtrirpapier liegen, und bringt den Niederschlag in einen kleinen weithalsigen Erlenmeyer. In den Erlenmeyer giesst man 10 ccm concentrirte Salzsäure, schüttelt durch, fügt eine blanke (ca. 2 cm lange) Kupferspirale aus 40 cm langem dünnen Drahte zu und belässt den mit Uhrglas bedeckten Erlenmeyer ¾ Stunden im kochenden Wasserbad. Nach dem Auskühlen wird die Säure abgegossen, die Spirale mit destillirtem Wasser 3 Mal gewaschen und durch absoluten Alcohol, Aether und Filtrirpapier getrocknet. Die gut getrocknete Spirale wird in ein ca. 14 cm langes, an einem Ende zugeschmolzenes Glasrohr gebracht, einige kleine Stückchen Jod zugefügt und unter Drehen bei kleiner Flamme allmählich zur Rothgluth erhitzt. Selbst bei minimalen Spuren von Quecksilber zeigt sich alsbald an der kalten Stelle ein gelber bis röthlicher Ring, der sich durch Erhitzen leicht höher treiben lässt. Unter genauer Einhaltung der genannten Bedingungen ist die Methode unbedingt verlässlich und ausserordentlich empfindlich. (1901, No. 15.)

Deutsche Medicinische Wochenschrift.

Lipliawsky: *Eine neue Methode zum sichern Nachweis von Acetessigsäure im Harn.*

Durch eine Modification der Arnold'schen Probe ist es L. gelungen, ihre Empfindlichkeit ganz erheblich zu steigern. Zunächst werden, wie es auch Arnold angiebt, zwei Lösungen bereitet:

I. Eine einprocentige Lösung von Paramidoacetophenon (zur leichteren Löslichkeit werden 2 ccm concentrirter HCl zugesetzt, das Ganze wird stark durchgeschüttelt). II. Eine einprocentige Kaliumnitritlösung. 6 ccm der ersten und 3 ccm der zweiten Lösung werden mit dem gleichen Volumen Harn versetzt, ein Tropfen Ammoniak wird hinzugefügt, wobei eine

ziegelrothe Färbung entsteht. Von dieser Mischung nimmt man — je nach Gehalt des Harnes an Acetessigsäure — 10 Tropfen bis 2 ccm und setzt etwa 15—20 ccm concentrirter Salzsäure, 3 ccm Chloroform und 2—4 Tropfen Eisenchloridlösung hinzu. Mit dem zugekorkten Reagensglase mache man nun ganz vorsichtige Pro- und Supinationsbewegungen, um eine Emulgirung des Chloroforms zu vermeiden. Wenn man auf diese Weise behutsam zu Werke geht, sieht man nach ½—1 Minute selbst bei sehr geringen Spuren von Acetessigsäure das Chloroform einen characteristischen violetten Farbenton annehmen, während es sich bei Abwesenheit von Acetessigsäure gelblich oder schwach röthlich färbt. Die erwähnte violette Farbe zeichnet sich durch eine wochenlange Lichtbeständigkeit aus, was besonders für Demonstrationszwecke von Interesse sein dürfte.

Sowohl bei normalem wie pathologischem Harn wurden mit der angegebenen Reaction circa 400 Untersuchungen gemacht. Um die Reaction zu controlliren, wurde sie auch bei reiner Acetessigsäure angewandt, wobei sich herausstellte, dass die Probe noch bis zu 1:40.000 deutlich empfindlich ist. Natürlich ist in diesem letzten Falle die Färbung nicht so stark, wenn auch immer ein characteristischer violetter Farbenton eintritt. Gerade in der Beständigkeit der schönen reinen Farbe, sowie in der grossen Empfindlichkeit und absoluten Sicherheit liegen die Vortheile dieser Reaction. Salicylsäure oder sonstige medicamentöse Präparate beeinflussen sie nicht und rufen keinen ähnlichen Farbenton hervor. Hervorzuheben ist noch, dass man vor der Anstellung der Reaction den zu untersuchenden Harn und die Paramidoacetophenonlösung durchschüttelt. (1901, No. 10.)

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York.

Sitzung vom Montag, den 7. Januar 1901.

117 West 43. Strasse.

Präsident Dr. Hermann G. Klotz eröffnet die Sitzung um 8¼ Uhr.

Secretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protocoll der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird; desgleichen den Jahresbericht des protocollirenden Secretärs, welcher ebenfalls genehmigt wird.

Vorstellung von Patienten und Demonstration von Präparaten und Instrumenten.

Dr. Carl Pfister (Patienten vorstellend): Dieser Mann hatte einen angeborenen Nabelbruch, der immer sehr grosse Beschwerden machte. Wir hatten die Operation schon verabredet, als der junge Mann plötzlich schwere Einklemmungs-Erscheinungen bekam, Brechen, kalten Schweiss u. s. w. Ich zeige Ihnen den Fall nur, weil ein eingklemmter Nabelbruch bei einem jungen Mann in dem Alter von 19 Jahren verhältnissmässig sehr selten vorkommt. Die Wunde ist sehr gut geheilt, und der Mann konnte nach zwei Wochen aus dem Hospital entlassen werden.

Dr. J. W. Gleitsmann: Der Mann, den ich Ihnen vorstellen will, ist ein wohlgenährter Mann von 50 Jahren, der in die New Yorker Polyklinik kam, wo ich ihn mehrere Male untersuchte, und der als Symptom weiter nichts darbietet als Heiserkeit seit einem Jahr, und seit einem Monat Schluckbeschwerden. Die laryngoscopische Untersuchung ergiebt, und ich glaube mich nicht zu täuschen, wenn ich es offen sage, einen malignen Tumor, doch kann ich mich nicht mit absoluter Sicherheit über den Character der Geschwulst aussprechen, weil ich das, was ich thun will, eben erst in ein paar Tagen vornehmen kann, nämlich eine Exstirpation eines oder mehrerer Stücke zur microscopischen Diagnose. Die Neubildung beschränkt sich lediglich auf die rechte Seite des Kehlkopfes und nimmt die Stelle des Taschenbandes und, wie ich mich bei der letzten Untersuchung überzeugt habe, auch die Stelle des rechten Stimmbandes ein. Die Diagnose gründet sich auf das Aussehen der Geschwulst und auch auf die verminderte Beweglichkeit der rechten Hälfte. Gutartige Geschwülste, so viel ich sie gesehen habe, treten nicht in dem Umfang auf und bieten auch nicht dieses Aussehen. Die Geschwulst ist höckerig, unregelmässig, bildet kleine Vorsprünge, besonders in den letzten acht Tagen, nach hinten zu, und ist also keine circumscripte Neubildung, sondern dieselbe erstreckt sich in dieser unregelmässig gezackten Form mit tiefen Infiltrationen, worauf die mangelhafte Beweglichkeit des Stimmbandes hindeutet, von der Schildknorpelplatte bis an den Giesskannenknorpel. Es ist kaum nöthig, dass ich den Patienten hier herein bringe. Ich habe in dem laryngologischen Zimmer Licht anzünden lassen und

will ihn dort den Herren, die sich dafür interessiren, demonstriren, da das Licht in diesem Zimmer sehr schlecht ist.*

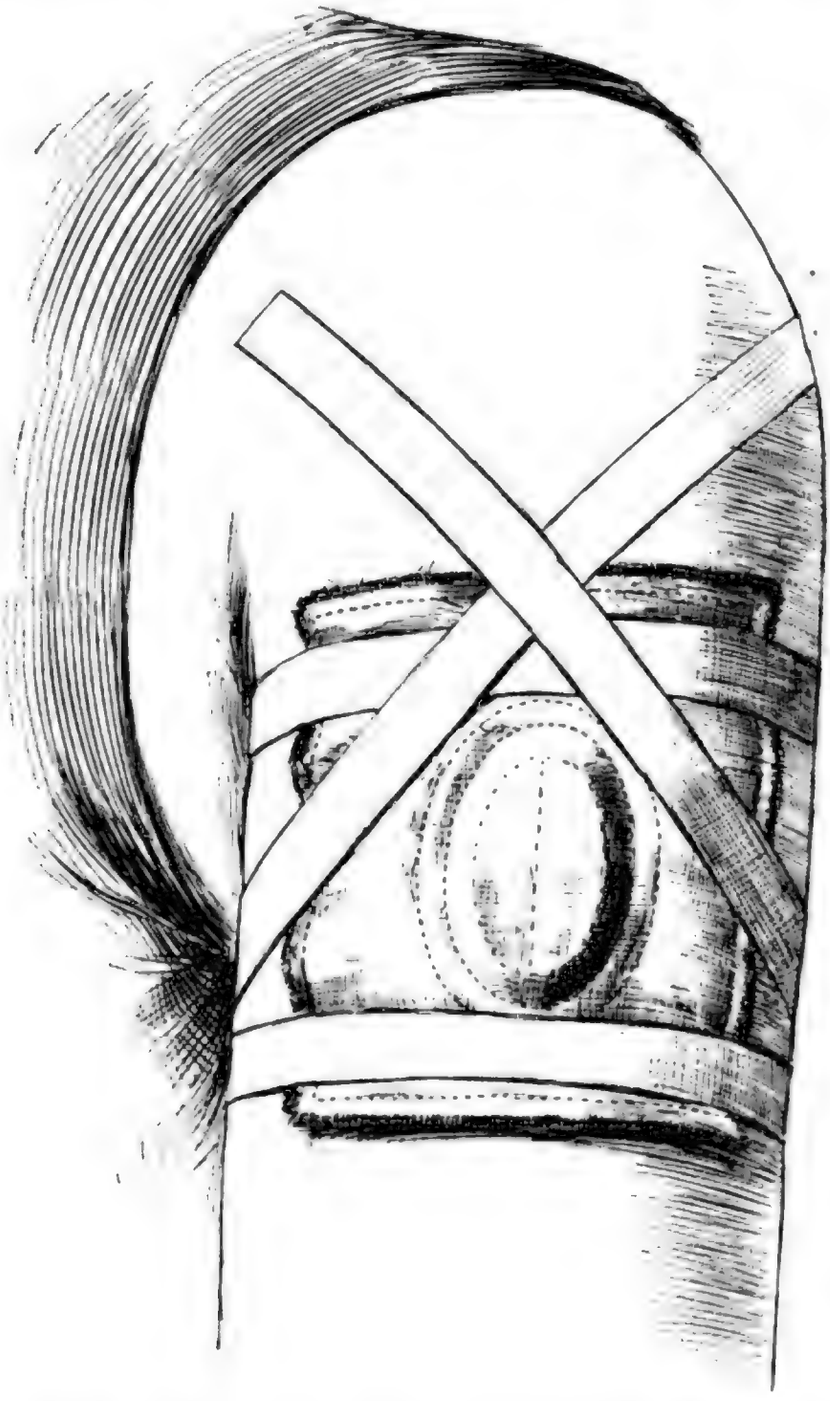
Dr. Ernst Danziger: Ich möchte Herrn Dr. Gleitsmann fragen, ob er eine Erfahrung in einem Falle hat, wo er Theile von bösartigem Tumor für microscopische Untersuchungen entfernt hat, dass die Tumoren schnell um sich gegriffen haben. — Dr. J. W. Gleitsmann: Ich kann die Frage leider nicht beantworten. Wenn durch microscopische Untersuchung der maligne Character einer Geschwulst festgestellt ist, habe ich den Fall in der Regel einem unserer bewährten Chirurgen in die Hand gegeben, der dann entweder die Geschwulst oder den halben oder ganzen Kehlkopf entfernt hat. Ich habe nie gezögert, nach Constatirung des Characters der Geschwulst den Patienten an competente Hände zu übergeben, um ihn womöglich der Heilung entgegenzuführen.

Dr. W. K. Kubin: Ich möchte Ihnen einen Impfverband demonstriren, den ich für sehr gut gefunden habe Ich habe verschiedene Schilde gesehen, aber an jedem ist etwas auszusetzen. Bei dem einen ist die Irritation durch die Klebemasse zu gross, bei anderen ist die Oeffnung zu klein, und der Eiter füllt das Loch des Schildes an und verursacht ein hässliches Aussehen des Armes und oft Entzündung der Haut und Gelegenheit zu Infection, und bei anderen kann das Schild verschoben werden und es können durch Infection alle möglichen Krankheiten entstehen. Ausserdem sind, so viel ich weiss, sehr wenig Schilde aseptisch. Dass man durch ein Schild sehen muss, ob die Impfung angegangen ist, halte ich für ganz unnöthig. Ein jeder Fall, der geimpft worden ist, soll wenigstens einmal von dem Arzt gesehen werden, der dann schon sagen wird, ob es angegangen ist oder nicht, und unter ärztliche Aufsicht bleiben bis zur Heilung. Ich habe auch schon verschiedene Male gefunden, dass der Eiter durch benachbarte Kleidungsstücke tritt und dieselben runinirt. Ich habe vor drei Jahren, im December 1897, ein Schild gesehen, welches hier demonstrirt wurde, und welches ich für sehr gut hielt. Ich habe es sofort kommen lassen und in vielen Fällen angewandt, bis ich einen unangenehmen Erfolg hatte. Ein Knabe von 9 Jahren wurde von mir am 5. December 1897 am linken Arm geimpft; Impfwunde durch das erwähnte, aus Filz und Draht bestehende Schild, geschützt, nachgesehen und gefunden, dass Verlauf normal war, Impfung angegangen. Zehn Tage nach der Impfung erkrankte er mit Fieber, Arm etwas geschwollen und schmerzhaft, leichte Röthe, Axillardrüsen angeschwollen und schmerzhaft; zwei Tage später ausgesprochenes Erysipel beinahe über den ganzen Arm mit scharfen Grenzen. Genesung. Knabe gab zu, dass er sich einige Tage vor der Erkrankung mit anderen Knaben gebalgt hatte und dass dadurch das Schild etwas gerutscht wäre; jedenfalls entstand die Infection bei jener Gelegenheit. Seit der Zeit habe ich nur aseptische Gaze zur Bedeckung der Impfwunde gebraucht

* Die microscopische Untersuchung durch die Freundlichkeit von Dr. Heitzmann ergab Epitheliom, und wurde dasselbe am 7. Februar unter Cocainanästhesie bei hängendem Kopf durch Laryngofissur von Dr. Kiliani entfernt.

und zur Befestigung Meade's Adhesive Plaster angewandt, und in jüngster Zeit dieses durch Johnson's L. O. Adhesive Plaster ersetzt, welches gut klebt und keine Irritation der Haut verursacht. Von vielen Seiten höre ich, dass die Leute vom Impfen einen schlimmen Arm oder schlimmes Bein haben und deshalb oft in's Hospital müssen, und dass selbst Kinder infolge der Impfung gestorben sind. Wenn das richtig ist, dann müssen doch Viele durch die Impfung leiden. Ich habe über 200 geimpft und Controlle über die Fälle gehabt und gefunden, dass man Dienstpersonen am schwersten bewegen konnte, sich impfen zu lassen. Und warum? Weil sie so schreckliche Angst haben, dass sie arbeitsunfähig werden, oder nach der Impfung oft ins Hospital müssen. Nun von meinen 200 Fällen ist nicht ein einziger arbeitsunfähig gemacht worden, nicht ein einziger bettlägerig geworden. Infiltration, Indurate der Nachbardrüsen verschwanden oft selbst ohne Behandlung nach wenigen Tagen. Das Secret, welches sich in meine Gaze einsog und oft übel roch, bei Leuten, die nicht kamen und frühzeitig genug den Verband wechseln liessen, verursachte eine leichte Dermatitis, die natürlich sogleich beseitigt war, wie der Verband gewechselt wurde. Ich habe allen Patienten gesagt, dass Complicationen sehr selten zu erwarten sind, sobald sich Schmerz einstellte, sollten sie zu mir kommen, und einen jeden Fall müsste ich am siebenten oder achten Tage nachsehen. Ueberraschend war es, zu sehen, wie sich der Verband so glatt von der Impfblase abheben liess, fast nie war dieselbe gestört, und mit Erstaunen waren viele Patienten überrascht, als sie sahen, wie gut die Impfung angegangen war, da sie doch fast gar keine Beschwerden gehabt hatten. Spätere Verbände waren oft durchnässt durch den Inhalt der Pusteln, und bei einigen war die Gaze auch adhaerent. Ich habe Board of Health Vaccine gebraucht und bin damit sehr zufrieden. Ich muss sagen, dass ich bei der Methode, die ich angewendet habe, sehr gute Erfolge gesehen habe von der Impfung. Eine Statistik darüber habe ich mir für einen späteren Vortrag aufbewahrt. Ich will heute nur sagen, dass ich bei den meisten Leuten Erfolg gesehen habe. Bei denen er ausgeblieben war, das waren Leute, die in den letzten 2, 4, 5 Jahren geimpft worden, und einer, der früher die Blattern gehabt hatte. Dieses gute Resultat ist auch von den meisten Aerzten beobachtet worden, die ich gesprochen habe. Jeder sagte, noch niemals sei das Impfen so gut angegangen. Ob die Lymphe, die vom Board of Health kommt, besonders gut ist, oder was der Grund dafür ist, darüber bin ich nicht klar. Viele Herren halten das Impfen für eine Kleinigkeit und kümmern sich nicht darum, was sie eigentlich für einen Zweck damit erreichen wollen. Ja das ist doch grundfalsch. Ein Chirurg wird doch sonst, wenn es sich nur um einen Riss handelt, gleich einen Verband anlegen, und wenn er nicht eine antiseptische Lösung dazu gebraucht, wenigstens einen aseptischen Gazeverband darauf legen; so sollte auch beim Impfen die Wunde geschützt werden. Man sorgt für die beste Lymphe und das beste Messer. Das Messer oder auch die Nadel wird sorgfältig gereinigt. Aber nun gehen viele Impfer so vor, dass sie den schmutzigen Arm impfen und für nicht genügende Bedeckung sorgen. Meine Methode der Reinigung des Armes oder des Beines mag nicht die richtige sein, ich brauche

aber Seife, Wasser, Bürste, Alcohol, Aether, und auf diese Weise bereite ich meinen Arm vor. Ich halte selbst den Schorf bis zuletzt gedeckt.



Dieses Schild besteht aus 8 Lagen aseptischer Gaze, in welche ein gewölbtes Drahtnetz in der Mitte eingenäht ist, von genügender Grösse, so dass die Pustel nicht berührt wird. Es ist von Johnson & Johnson gemacht und gelangt aseptisch in die Hände des Arztes und wird mit Zinkoxyd-Pflaster befestigt.

Discussion. Dr. August Seibert: Ich denke, dass jede Verbesserung in Bezug auf einen Impf-Verband mit Freude begrüsst werden sollte. Indess zeichnet sich die vom Collegen Kubin geäusserte Ansicht in Bezug auf die Reinlichkeit des Impfens nicht gerade durch Neuheit aus. Es haben schon Andere immer die Idee gehabt, dass es nicht

nur sehr wünschenswerth, sondern auch nothwendig sei, reinlich zu impfen. Wenn der College sagt, dass sein Schild in aseptischem Zustand geliefert werde, so glaube ich, schützt der aseptische Zustand dieses Schildes, den wir gern annehmen wollen, durchaus nicht vor nachträglicher Infection, sowie das Schild gerade so wie jedes andere befestigte Schild, losgerissen oder in die Höhe gehoben wird. Ich halte es für einen Vortheil, wenn ein Impfschild einfach aufgeklebt werden kann, und nicht erst durch längere Heftpflasterstreifen befestigt werden muss (wie der K u b i n'sche Verband), denn sowie der Arm anschwellt müssen letztere entfernt werden. Ferner ist die Drahtwölbung in dem K u b i n'schen Verband zu klein und liegt dieselbe so dicht auf der Impfpustel, dass selbst bei mässiger Schwellung der Druck unerträglich werden muss. Eine häufige Durchtränkung des ganzen Verbandes durch Platzen der Impfpustel muss dadurch ebenfalls bedingt werden. Ferner giebt der K u b i n'sche Verband keinerlei Schutz gegen Stoss, Schlag oder Kratzen. Das von mir vor drei Jahren angegebene Schild, das hier unter dem Namen „Manhattan Vaccination Shield" im Handel ist, besteht bekanntlich aus zwei aufeinanderruhenden Filzringen, zwischen welchen ein gewölbtes Drahtgitter befestigt ist. Wie ich höre, hat dasselbe allgemein befriedigt, trotzdem bei starker Absonderung von Lymphe gelegentlich Durchtränkung der Filzringe stattfand und in manchen Exemplaren die Dicke und Qualität des Filzes zu wünschen übrig liess, alles Uebelstände, welche sich der Einwirkung entzogen. In der Praxis entwickeln sich die Dinge manchmal ganz anders als in der Theorie. Jedes Impfschild wird seine Mängel haben. Sein Zweck ist aber nur, die Impfstelle vor nachträglicher Verletzung zu schützen. Für Massenimpfungen sind derartige Verbände, wie sie der College vorgezeigt hat, absolut unbrauchbar.

Präsident Dr. H e r m a n n G. K l o t z: Ich habe bei solchen Schildern gelegentlich beobachtet, dass unter denselben Secret austrat, sich auf der umliegenden Haut ausbreitete und hier entzündungserregend wirkte. Bei den Filzringen habe ich die Erfahrung gemacht, dass die Patienten kamen und sich über den üblen Geruch der Wunde beklagten; es stellte sich heraus, dass derselbe von dem mit Secret durchtränkten Ring ausging. Ich glaube, dass es rathsam sein würde, die Schilder oder Ringe mit absorbirendem Material auszufüllen. — Dr. W. K. K u b i n (Schlusswort): Ich möchte nur Herrn Dr. S e i b e r t erwidern, dass ich durchaus nicht mit meinem aseptischen Schild eine aseptische Impfung machen will. Die Fläche wird schon durch Seife, Wasser, Bürste, Alcohol, Aether aseptisch gemacht wie bei anderen Operationen. Dann wird ein aseptischer Verband gemacht, gerade wie bei Operationen, und darunter heilen die Wunden, und man ist sicher, dass man keine andere Infection dazu bekommt. Und diese Impfschilde werden von niemand anders als vom Arzte aufgelegt. Sobald sie von Secret durchnässt sind, werden sie nachgesehen und gewechselt. Man sollte die Sache nicht so leicht nehmen, sondern verfahren wie bei allen anderen Operationen.

Dr. A. R o s e: *Ein neuer Apparat zur Erzeugung und therapeutischen Anwendung von Kohlensäure.* (Demonstration des Apparates.)

Präsident Dr. H e r m a n n G. K l o t z: Ich habe Ihnen die Mittheilung zu machen, meine Herren, dass wir unser Mitglied, Dr. E. U.

Weiss, durch den Tod verloren haben, und ich bitte die Herren, zum Andenken an den Verstorbenen, sich von Ihren Sitzen zu erheben. (Geschieht.)

Bericht des abtretenden Präsidenten über den Zustand und die Thätigkeit der Gesellschaft.

Präsident Dr. Hermann G. Klotz: Es liegt mir nun nach unseren Statuten ob, als Präsident einen kurzen Bericht über die Thätigkeit und den Zustand der Gesellschaft abzustatten. Was die Thätigkeit der Gesellschaft betrifft, so haben Sie aus den Berichten der Secretäre darüber schon das Wichtigste gehört, so dass ich es hier nicht zu wiederholen brauche. Ich kann wohl behaupten, dass der Character der Vorträge im Ganzen dem einer jeden anderen Gesellschaft mindestens ebenbürtig gewesen ist. Die meisten haben neue Thatsachen vorgebracht oder neue Gesichtspunkte eröffnet, die anregend wirken sollten, und das ist wohl der erste Zweck von wissenschaftlichen Vereinen. Dies ist um so mehr anzuerkennen, als es eigentlich recht schwer ist, immer passende Themata für eine allgemeine medicinische Gesellschaft zu finden.

Ich habe schon früher mein Bedauern ausgedrückt über den schwachen Besuch der Versammlungen. Der Augenschein zeigt, dass sich das nicht viel gebessert hat. Dass manche Herren abkommen können, wenn sie wollen, bewies die letzte Wahlversammlung. Es liegt also nicht immer am Können. Ich möchte doch aus zwei Gründen an die Mitglieder appelliren, in Zukunft die Sitzungen zahlreicher zu besuchen. Der eine ist der, dass doch jedes Mitglied der Gesellschaft etwas mehr schuldig ist, als einfach seinen Beitrag zu bezahlen. Wenn jedes von den 300 Mitgliedern nur zwei bis dreimal im Jahre kommen würde, würde das einen Besuch von mindestens 60 bis 80 Mitgliedern für jede Sitzung ergeben, statt der üblichen 30 bis 40. Ich möchte aber auch an die Collegialität appelliren. Man ist es doch den Collegen, die sich die Mühe geben, hier einen Vortrag zu halten und Zeit und Arbeit darauf verwenden, schuldig, in die Sitzung zu kommen und den Vortrag anzuhören. Es ist nicht zu viel verlangt, dass sich jeder vornehme, wenn er bestimmt etwas Besseres oder Nothwendigeres vorhat, die Versammlungen zu besuchen. Es kommt auch vor, dass Manche nur erscheinen, wenn sie selber etwas vorzutragen haben und dann womöglich sich sofort wieder aus dem Staub machen, wenn sie damit fertig sind. Wie jemand das mit dem Begriff der Collegialität vereinigen kann, verstehe ich nicht.

Was den Zustand der Gesellschaft anlangt, so hat der Bericht des correspondirenden Secretärs eine Mitgliederzahl von 322 ergeben, und es liegen heute allein schon wieder 6 oder 8 neue Anmeldungen vor; also in dieser Beziehung haben wir nicht zu klagen.

Ich möchte es rühmend anerkennen, dass im Ganzen ein sehr gutes Einvernehmen zwischen den Mitgliedern in der Gesellschaft herrscht. Ich glaube, dass sich unsere Gesellschaft durch einen unabhängigen Geist, durch Gleichberechtigung aller Mitglieder, durch einen gewissen demokratischen Zug, der durch alle Versammlungen geht, wohlthätig von anderen Gesellschaften unterscheidet, dass wir frei sind von persönlichen Intriguen und Bestrebungen. Ich möchte umsomehr darauf aufmerksam machen, diesen Geist uns zu erhalten, als die Aussichten für eine deutsche

medicinische Gesellschaft, sich auf die Dauer hier zu erhalten, bei weitem nicht so günstige sind, wie für eine amerikanische. Die Mehrzahl unserer Mitglieder werden nach und nach Amerikaner. Ich sage das nicht mit Bedauern, sondern betone nur die Thatsache.

Es ist wohl zu bedenken, dass, wenn wir auch jetzt vielleicht noch von deutscher Medicin reden können, nach und nach doch dieser Begriff sich nicht mehr wird aufrecht erhalten lassen. Mehr und mehr neigen wir uns den Zuständen zu, wo es nur *eine* medicinische Wissenschaft giebt. Die Errungenschaften einer Nation werden bei den jetzigen Verkehrsmitteln so schnell das Eigenthum aller anderen Nationen, dass von einer engeren nationalen Wissenschaft bald nicht mehr die Rede sein kann. Wenn auch jetzt niemand in Zweifel ziehen kann, dass die Medicin in keinem Lande in solcher Blühte steht und so cultivirt wird, wie in Deutschland, so sollten wir das doch nicht vergessen. Daher sollte unsere Gesellschaft sich bemühen, einen Anziehungspunkt besonders für die jüngeren Collegen zu bilden, und in diesem democratischen Geist der Unabhängigkeit und Gleichberechtigung möchte ich das Ideal sehen, das auch in Zukunft unsere Gesellschaft in Blüthe halten wird. — Es droht vielleicht eine Gefahr von persönlichen Ansprüchen auf die Ehrenämter der Gesellschaft, aber die Gefahr liegt, meine ich, nicht sowohl in unseren Wahlen, als in den Nominationen. Wenn diese nicht zufällige gewesen sind, waren sie schwerlich der Ausdruck der Majorität der Gesellschaft. Nach dem jetzigen Gebrauch ist es sehr leicht möglich, dass eine kleine Anzahl von Mitgliedern die Nomination bestimmt, und es ist mir gar nicht undenkbar, dass sich irgend ein Mitglied selbst nominiren lassen könnte. Dass dieses gelegentlich zu Zwistigkeit und unangnehmen Zuständen führen kann, liegt auf der Hand. Vielleicht liesse sich dem dadurch abhelfen, dass z. B. in der Octobersitzung der Präsident ein Nominationscomité ernennen würde, welches in der November-Sitzung eine Candidatenliste vorlegt, und zwar meiner Ansicht nach nicht nur einen, sondern mindestens zwei für jedes Amt. Wenn unter solchen Verhältnissen ein Wettkampf stattfindet, muss das persönliche Element wegfallen. Man kann dann nur sagen, dass der beliebteste von zwei guten Leuten gewählt wird, und für den unterliegenden Candidaten alles Verletzende oder Kränkende wegfallen muss. Ich habe vielleicht schon mehr gesagt, als strict das Gesetz verlangt. Nehmen Sie es als Ausdruck meiner Absicht an, der Gesellschaft förderlich zu sein und ihr Wohl zu unterstützen.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, Ihnen heute, wo ich von meinem Amt zurücktrete, noch einmal für die Ehre zu danken, die Sie mir durch die Uebertragung desselben erwiesen haben. Die Zeit, während der ich die Ehre hatte, Ihnen vorzustehen, wird mir immer eine angenehme Erinnerung sein. Ich danke Ihnen für die Nachsicht, die Sie mit meiner Amtsführung gehabt haben, und für das freundliche Entgegenkommen, das ich von jeder Seite gefunden. Es bleibt mir nur noch übrig, das Amt meinem verehrten Collegen Dr. Jacoby zu übertragen. Ich bin überzeugt, dass er dasselbe freundliche Entgegenkommen finden wird. Ich gratulire Ihnen zu der Wahl und wünsche ihm den besten Erfolg für seine Amtsführung. (Lebhafter Beifall.)

Antrittsrede des neugewählten Präsidenten: *Ueber die Beziehungen des Hausarztes zu seinen geisteskranken Patienten.* (Ist in der Februarnummer der Monatsschr. publicirt.)

Dr. L. A. Ewald: *Kraurosis vulvae.* (Vortrag erscheint in dieser Nummer als Original-Arbeit.)

Discussion. Dr. Hermann G. Klotz: Ich habe keine eigene Erfahrung mit Kraurosis. Interessant ist immerhin die Frage des Verhältnisses zwischen Pruritus und dem pathologischen Process in der Haut. Diese Frage gilt in erster Linie für Prurigo, hier wird von vielen Seiten geleugnet, dass die antomischen Veränderungen primärer Natur sind, sondern nur secundär durch das Kratzen entstehen. Dasselbe ist auch mit dem sogenannten Lichen simplex circumscriptus chronicus der Fall, wo auch behauptet wird, dass das Jucken das erste sei und die anatomischen Veränderungen erst durch das Kratzen hervorgerufen werden. Die Frage wird schwer zu entscheiden sein. Sicherlich ist Pruritus vaginae und vulvae so viel häufiger als Kraurosis; dass das im höchsten Grade lästige Jucken der Genitalien bei weitem in den wenigsten Fällen zu Kraurosis führt, lässt wohl darauf schliessen, dass dieselbe ein selbstständiger Process ist. — Dr. Louis Heitzmann: Ich habe in den letzten 15 Jahren seit Beschreibung der Krankheit durch Breisky und der nachherigen Beschreibung derselben Krankheit durch meinen Vater Gelegenheit gehabt, vier oder fünf Fälle zu sehen und es ist recht schwer zu sagen, was die Kraurosis eigentlich ist und wodurch sie hervorgerufen wird. Ich glaube, auch Dr. Ewald ist nicht im Stande uns darüber Klarheit zu verschaffen. Meine persönliche Ansicht ist verschieden von der, die soeben Dr. Klotz geäussert hat, dass Kraurosis eine ganz selbstständige Erkrankung vorstellt. Ich glaube das nicht, sondern scheint es mir, dass Kraurosis in den meisten Fällen secundär durch ein Eczem hervorgerufen wird. Ich erinnere mich zweier Fälle, in welchen jahrelang ein Eczem vorhanden war, der Juckreiz selbstverständlich enormes Kratzen hervorrief und in welchen sich nach und nach die atrophischen Zustände ausbildeten, welche ja das Bild der Kraurosis hervorbringen. Microscopisch hat Dr. Ewald das Bild so klar dargestellt, dass nichts weiter hinzuzufügen ist. Nur stimme ich mit ihm nicht darin überein, dass die elastischen Fasern immer vermehrt sind. Das ist nicht der Fall. Ich möchte gerade das Gegentheil sagen, dass die elastischen Fasern gewöhnlich in recht geringer Zahl oder gar nicht nachzuweisen sind, und dass ferner die Talgdrüsen sowohl wie die Schweissdrüsen beinahe ganz, wenn nicht gänzlich, fehlen. Was nun die Behandlung betrifft, so mag ja die Excision in vielen Fällen das Beste sein, aber das ist nicht immer nöthig. Durch Auskratzungen mittlest des scharfen Löffels und nachherigen oberflächlichen Aetzungen, z. B. durch Liquor Ferri sesquichlorati, die an diesen Partien recht wenig Schmerzen verursachen, kann man die Krankheit in jedem Falle heilen. Gewiss nicht so rasch, wie mit Excisionen, das ist richtig, aber ich glaube, dass die Auskratzungen mit dem scharfen Löffel in manchen Fällen einfacher sind als Excision. — Dr. F. Lange: Ich möchte erwähnen, dass ich mich eines Falles dieser Art entsinne bei einer Frau, die in früheren Jahren von ihrem Gatten syphilitisch inficirt war, die sich im Lauf von Jahren mehrmals mir zeigte,

ohne Neigung zu haben, etwas für sich vornehmen zu lassen, und die dann schliesslich zu mir kam mit ausgesprochenem Epitheliom der Vulva. — Dr. L. A. Ewald (Schlusswort): Was die Beziehung der Kaurosis zu Eczem anlangt, so liegt es sehr nahe, anzunehmen, dass durch Pruritus Eczem entsteht, aber nicht Anlass zu Kraurosis geben muss; in vielen Fällen ist kein Jucken vorausgegangen. Diese Möglichkeit, die Dr. Heitzmann erwähnt, möchte ich doch offen lassen. Ich habe mich in meiner Erklärung ganz allgemein gefasst und habe von Reiz gesprochen, mag er nun durch Eczem bedingt sein oder nicht. Hinsichtlich der Excision muss ich erwähnen, dass ich im letzten Winter die Frage in Greifswald studirt habe, wo mehrere Fälle mit Curettement behandelt worden sind, aber absolut ohne Erfolg, so dass Prof. A. Martin in jedem Fall die radicale Excision vornahm. Beispiele von vorausgegangener Syphilis, wie Dr. Lange eins erwähnte, sind in zwei oder drei Fällen beobachtet worden; in einem Fall, wo zwei Jahre vorher Oedema indurativum bestanden hatte und sich dann Kraurosis anschloss.

Schluss und Vertagung.

Dr. John A. Beuermann, prot. Secretär.

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Anusol.* Chemisch betrachtet stellt das Anusol eine Verbindung des Wismuth mit der jodirten Resorcin-Sulfonsäure dar: das jod-resorcinsulfonsaure Wismuth. Bezüglich ihrer Wirkung hat diese in Deutschland erfundene Wismuthverbindung mit einigen erprobten neueren Wundpulvern das gemeinsam, dass sie ein ausgezeichnetes Desinficiens ist, dabei auf nässende oder eiternde Flächen gebracht austrocknend wirkt und schliesslich, mit wunden Stellen in Berührung gebracht, auf diesen eine stark granulations- und narbenbildende Kraft entfaltet. Höher jedoch als diese vielseitigen Eigenschaften, welche das Anusol den besten der modernen Wundheilmittel gleichstellen, ist in der Hämorrhoidalbehandlung ein Vorzug des Anusol anzuschlagen, welchen kein anderes medicinisches Präparat in dem gleichen Maasse besitzt, der aber gerade die für eine dauernde Heilung der Hämorrhoiden unumgänglich nothwendige Grundlage vorbereitet: das ist die Fähigkeit, in geeigneter Form in den Mastdarm eingeführt, die hier befindlichen mehr oder weniger verhärteten Faeces so zur Erweichung zu bringen, dass sie nicht etwa zerbröckelt und in harten scybalaähnlichen Stückchen zum Abgang kommen, sondern derart, dass die ganze Kothmasse in eine einzige durch und durch gleichmässige dünnbreiige Masse verwandelt wird, welche dann durch irgend welchen Reiz auf die Schleimhaut und ohne irgend welche Schmerzerzeugung selbst bei den empfindlichsten hämorrhoidalen Zuständen glatt den Mastdarm verlässt. Ein weiterer wesentlicher Vortheil des Anusol beruht darin, dass es vollständig ungiftig ist, dass es auf den Gesammtorganismus gar keinen Einfluss ausübt, sondern einzig und allein local wirksam bleibt in den oben erwähnten Hinsichten.

Daher kann das Anusol in jedem Alter, bei jedem Geschlechte und in jedem Zustande ganz unbedenklich Anwendung finden. Dies ist um so wichtiger, da es wegen seiner vielseitigen Eigenschaften auch bei den verschiedensten anderen krankhaften Zuständen, wo bei veränderten normalen oder bei direct pathologischen Verhältnissen ein schlanker breiiger Stuhl zur Nothwendigkeit geworden ist, wo das Clystier mit all seinen Unbequemlichkeiten und Contraindicationen nicht am Platze ist, gut verwendbar ist.

Zunächst kommen für den Frauenarzt die zur Obstruction und zu Hämorrhoidalbeschwerden neigenden Zustände der Gravidität und Menses in Betracht, in denen das Anusol sich als das segensreichste Mittel erwiesen hat und bei allen Aerzten und Patientinnen einer immer grösseren Beliebtheit sich erfreut, ebenso erfolgreich ist die Behandlung bei Pruritus vaginae (Anusol in die vagina eingeführt). In der Kinderpraxis ist das Anusol-Suppositorium unbedingt den schmerzenden Seifenzäpfchen vorzuziehen, ebenso allen Streupulvern und Wundsalben, denn sobald die erkrankte Hautpartie mit einem Anusolzäpfchen eingerieben ist, einerlei bei Wundsein der Säuglinge oder Erwachsenen, erlangt sie unter Aufhören der Hyperämie, Entzündung und der Secretion in kurzer Zeit ihren normalen Zustand wieder; sehr prompt ist auch die Wirkung bei Oxyuris vermicularis in jedem Alter des Patienten. Als ein unentbehrliches Heil- und Hülfsmittel hat sich Anusol ferner erwiesen bei Tenesmus, bei stagnirenden Kothmassen im Mastdarm, bei einfachem Catarrh der Mastdarmschleimhaut, Fissura ani, sodann bei Prostatahypertrophie, Carcinoma recti und Darmtuberculose, Krankheiten, wo eine breiige und schmerzlose Stuhlentleerung für den Patienten die grösste Linderung in seinem qualvollen Zustande bedeutet.

Da das jod-resorcin-sulfonsaure Wismuth ein durch Licht und Luft sehr leicht zersetzbarer, in Verbindung mit Fetten aber unbegrenzt haltbarer Körper ist, so lässt der Fabrikant dasselbe sofort mit Cacaobutter und Wachssalbe als Constituens und Zinc. oxyd. als Adjuvans nach einer Formel, die sich nach langer Erfahrung als das bewährteste Verhältniss erwiesen hat, zu Suppositorien verarbeiten und diese in gebrauchsfertigem Zustande in Schachteln *a* 12 Stück den Apothekern zugehen nebst beigefügter Gebrauchsanweisung: Abends vor dem Schlafengehen, oder in schweren Fällen Abends und Morgens, ein Stück in den Mastdarm einzuführen.

Rp. Supposit. haemorrhoid. Anusoli No. 12.

Sign. Jeden Abend (in schweren Fällen anfangs Morgens und Abends) ein Stück in den Mastdarm einzuführen. Oder: die erkrankte Hautpartie dreimal täglich einzureiben u. s. w.

Der Vertrieb des Anusol nur in der Form gebrauchsfertiger Suppositorien hat aber neben jenen practischen Vorzügen noch den wichtigen Zweck, die leicht zersetzbare Wismuthverbindung in einer durchaus haltbaren Mischung in die Hand der Aerzte zu bringen, da das einhüllende Fett der Cacaobutter dem Präparate eine jahrelange, überhaupt unbegrenzte Haltbarkeit verleiht, bei nur geringer, eigentlich ganz selbstverständlicher Vorsicht. Nämlich directe Nässe oder eine mit Wasserdampf geschwängerte warme Atmosphäre, welche die Schachteln und sogar das

umhüllende Staniol durchdringen, vermögen eine geringe Jodabspaltung hervorzurufen, durch welche eine theilweise gelbliche und blauschwarze Verfärbung hervorgerufen wird, wie sie bei allen Jodpräparaten sehr leicht hervortritt, die jedoch auf die Wirksamkeit gänzlich ohne jeden Einfluss ist, wie zahlreiche gerade mit solchen Suppositorien gemachte Versuche zur Genüge bewiesen haben.

— *Kryofin als Nervenmittel.* Dornblüth lenkt in der Aerztlichen Monatsschrift (1900, No. 8) nochmals die Aufmerksamkeit auf das Kryofin, ein dem Phenacetin nahestehendes Präparat, das sich ihm in den letzten fünf Jahren ausserordentlich bewährt hat. Besonders kommt seine schmerzstillende Wirkung in Betracht. Kopfschmerzen, Migräne, Schmerzen des cariösen Zahnes, der Zahnwurzelentzündung, rheumatoide Schmerzen der Glieder, Coccygodynie, lancinirende Schmerzen der Tabiker werden oft schnell und wesentlich durch den Gebrauch von Kryofin verringert. Ueberraschend schnelle Heilung sieht man bei frischer Ischias, Erleichterung bei syphilitischer Neuritis, syphilitischer Meningitis und urämischem Kopfschmerz, so wie bei der einfachen Dysmenorrhoe. Schlafbegünstigend erweist es sich bei der einfach neurasthenischen, so wie bei der durch allerlei körperliches und Gemüthsunbehagen hervorgerufenen Schlaflosigkeit nach Uebermüdung, Ueberanstrengung, Aufregungen, bei Erkältungen und bei dyspnoischen Herzkranken. Die Dosis beträgt 0,5—1,0 bis 5,0 pro die. Unangenehme Nebenwirkungen sind bei dem geruch- und geschmacklosen Pulver nicht beobachtet worden. (Ref. in Centralbl. f. innere Med., 1901, No. 18.)

— Mit den *löslichen Silberpräparaten* hat Dr. A. Kornfeld-Wien eine Anzahl von Versuchen angestellt, so z. B. Actol in Lösungen von 1:2000 zur Bespülung von Wunden, Unguentum Credé bei Phlegmone, Furunkeln u. s. w., Bacilli argenti colloidalis (2proc.) bei Gonorrhoe verwendet. Bespülungen mit Actollösungen bewährten sich bei allen Verletzungen und Wunden und zeichneten sich besonders durch ihre Geruchlosigkeit und Ungiftigkeit der Carbolsäure und dem Sublimat gegenüber aus. Das Unguentum Credé bewährte sich vielfach bei chronischem Eczem, Folliculitis, Herpes zoster, Furunkeln bei directer localer Verwendung. Sehr bewährt haben sich ferner die Bacilli argenti colloidalis Credé bei Gonorrhoe und bei chronischer Rhinitis und Coryza. Bei Gonorrhoe sistirt die Eiterung binnen 1—2 Wochen, so dass der Catarrh auf entsprechende Diät und Ruhe rasch heilt. Bei chronischer Rhinitis und Coryza legt K. ein Stäbchen ein und verschliesst das betreffende Nasenloch mit Watte. Die Secretion lässt rasch nach, die Schleimhaut bekommt ihr gewöhnliches Aussehen und der üble Geruch verschwindet bald. (Deutsche Medicinal-Zeitung, 1900, No. 92, ref. in Münchener Med. Wochenschr., 1901, No. 5.)

— *Der „Schnuller."* Ueber diesen äusserst sich Hecker gelegentlich der Discussion zu Soxhlet's Vortrag: Ueber Säuglingsernährung (Aerztlicher Verein München) in folgender Weise: „Ich möchte nur kurz des in Aerztekreisen verpönten „Schnullers" Erwähnung thun. Seit Jahrhunderten unter verschiedenen Formen in der Kinderstube anwesend, wurde er durch die Inquisition der Bacteriologie auf den Scheiterhaufen geworfen, d. h. wo man ihn traf, strenge verboten. Da seine Anwen-

dung und Verbreitung, wie wir uns täglich überzeugen können, dadurch auch nicht im Allermindesten beeinflusst wurde, ist es, glaube ich, gut, sich darüber ganz klar zu sein, wo seine Nachtheile liegen und ob er wirklich der Uebelthäter ist, als der er heute von der Mehrzahl der Aerzte angesehen wird. Ich verstehe unter „Schnuller" natürlich nicht das alte und Gott sei Dank fast verschwundene Breisäckchen („Dutzel"), sondern das bekannte Gummizäpfchen mit dem Beinring. Sein Hauptnachtheil liegt neben der oft allzuleichten An- und um so schwereren Abgewöhnung in dem Ansetzen von Schmutz und zersetzten Milchresten und dadurch bedingter Einführung gesundheitsschädlicher Keime bei mangelhafter Reinigung. Sicher ist auf solche Weise mancher Soor und manche schwere Enteritis zu Stande gekommen. Diesem Uebelstand kann aber durch täglich einmaliges Kochen in Sodalösung und jedesmalige Reinigung vor dem Gebrauch gesteuert werden. Seine Vortheile, und ich spreche ruhig von solchen, liegen dagegen einmal in der Beruhigung stark schreiender Kinder, die sich auch der Umgebung des Kindes mittheilt, was für beide Theile nicht zu unterschätzen ist; in der Beobachtung, dass Brustkinder, durch langes Schreien übermüdet, nur ungenügend saugen, nach Gewähr des Schnullers wieder weniger schreien und besser trinken und schliesslich in der besseren Verdauung künstlicher Nahrung (kräftiger Secretion und Peristaltik durch den Saugreiz). Den unter den angegebenen Cautelen wohl unschuldigen Schnuller mögen wir also ruhig gestatten. in vielen Fällen sei er sogar ein Werkzeug unserer Therapie. (Münchener Med. Wochenschr., 1901, No. 6.)

Kleine Mittheilungen.

— *Tod von Professor* Joseph Fodor. Vor Kurzem starb Joseph Fodor, Professor der Hygiene in Budapest. Er war geboren im Jahre 1843 und war ein Schüler von Pettenkofer und von Liebig. Fodor war nach Pettenkofer einer der bekanntesten Hygieniker Europas und hatte viel zur Verschönerung und Assanirung von Budapest beigetragen. Er war auch eine Zeit lang Mitredacteur des Orvosi Hetilap.

— Vom 30. Mai mit 1. Juni findet in Chicago die 25. *Jahresversammlung der American Dermatological Association* statt. Zahlreiche Vorträge sind bereits angekündigt. Zugleich wird eine Ausstellung von Photographien, Zeichnungen, microscopischer Präparate etc. auf dermatologischem Gebiete stattfinden.

— Die Universität von Pennsylvania steht im Begriffe, ein *medicinisches Laboratoriumsgebäude* zu errichten, das exclusive Bauplatz und Einrichtung $500,000 kosten und in jeder Beziehung unübertroffen dastehen wird. Das neue Laboratorium, das südlich vom Hamilton Walk zwischen 36. und 37. Strasse, Philadelphia, erbaut werden wird, soll aus einem hohen Erdgeschosse und zwei Stockwerken bestehen, die Form

eines Viereckes einnehmen und wird 340 Fuss in der Front und nahezu 200 Fuss in der Tiefe messen.

— *Verzogen*: Dr. Alexander W. Beck nach 336 Zweite Avenue, Dr. William Hirsch nach 52 Ost 64. Strasse, Dr. Fred. J. Leviseur nach 741 Madison Avenue und Dr. Julius Wolff nach 52 Ost 64. Strasse.

Alle Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen, Manuscripte und Anfragen bezüglich des Inhalts sind zu richten an:

Dr. A. RIPPERGER,
126 East 122d St., New York City.

Schieffelin's Medicated Soaps

are made from pure, neutral, white soap, and contain no sugar, starch, silicate or filling material, and no coloring or pigment is added.

We guarantee that the percentage of medicament has been added as per label, and that the soap is thoroughly mixed. A descriptive pamphlet mailed to applicants.

Schieffelin & Co., New York.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XIII. New York, Juni 1901. No. 6.

Ein Fall von angeborenem Colobom des oberen Augenlides.

Von Dr. A. Schapringer.

Die angeborene Spaltbildung am Augenlid ist eine Anomalie, von der in der gesammten Fachliteratur 80 bis 90 Fälle verzeichnet sind, vom Standpunkt des einzelnen Beobachters ist sie also als grosse Seltenheit aufzufassen. Von anderen Misslichkeiten abgesehen, bedingt ihre Anwesenheit meist eine höchst auffallende Entstellung des Antlitzes. Bei dem hier mitgetheilten Fall war aber die Missbildung nur wenig ausgeprägt, weniger als in irgend einem der Fälle, deren nähere Beschreibung mir zu Gebote steht und die Entstellung — zum Glück für die Patientin — nur bei genauer Betrachtung erkennbar.

Sarah R., aus Russland gebürtig, 36 Jahre alt, verheirathet, Mutter mehrerer Kinder, stellte sich mir den 22. September 1900 wegen eines wenig ausgedehnten, oberflächlichen Hornhautgeschwürs des rechten Auges vor. Bei der Untersuchung des linken Auges, über welches Pat. nicht klagte, fiel der im Folgenden wiedergegebene Befund auf. Es sei hier vorweggenommen, dass das Geschwür der rechten Hornhaut der eingeschlagenen Behandlung in wenigen Tagen wich, ohne eine erkennbare Spur zu hinterlassen.

Nasalwärts von der Mitte des linken obern Augenlides fehlen auf eine Strecke von etwa 5 mm die Wimpern und der dazu gehörige Haarzwiebelboden. Noch ehe sie danach gefragt wird, giebt Pat. an, dass der Zustand dieses Augenlides nicht etwa erworben, sondern sicher angeboren sei. Der Lidrand hat das Ansehen, als ob auf der betreffenden Strecke der Haar-

zwiebelboden in schonender Weise abgetragen worden wäre, ein Verfahren, wie es gelegntlich zur Heilung der Trichiasis angewendet wird. Gerade oberhalb der fehlenden Wimpern erscheint die Substanz des Lides etwas verdickt. Der tastende Finger erkennt, dass die Lidhaut entsprechend dieser verdickten Stelle von normaler Beschaffenheit und verschieblich ist. Nach Umklappen des Lides zeigt sich an dieser Stelle eine erbsengrosse, von normal aussehender Schleimhaut überzogene, weiche, kissenförmige Geschwulst, deren Oberfläche nach oben, gegen die Uebergangsfalte zu, allmählig in das Niveau der übrigen Bindehaut übergeht. Nach den beiden Seiten zu, d. i. temporalwärts und nasalwärts, besitzt die kleine Geschwulst flache, zugeschärfte freie Ränder, ähnlich flügelförmigen Fortsätzen. Haare sind keine vorhanden. Es handelt sich offenbar um ein subconjunctivales Lipodermoid, wie solche in Verbindung mit Lidcolobom gewöhnlich angetroffen werden. Sonst sind keine Anomalien am Auge wahrzunehmen, insbesondere ist die Hornhaut frei von jeder Trübung. Die Frau ist übrigens auf beiden Augen stark kurzsichtig. Anomalien an anderen Körperstellen, insbesondere Präauriculäranhänge, Wolfsrachen, Syndactilie u. dgl. sind nicht vorhanden.

Was die Erblichkeitsverhältnisse anbelangt, so steht die Frau mit dieser Missbildung ganz isolirt da, kein anderes Mitglied ihrer Familie ist Träger einer ähnlichen Anomalie. Dass dies insbesondere von ihren eigenen Kindern betrifft, kann ich aus eigener Anschauung bestätigen, da ich Gelegenheit hatte, selbst die Kinder zu sehen. Die Patientin sollte in der Maisitzung d. J. der hiesigen Deutschen Medicinischen Gesellschaft vorgestellt werden, wurde jedoch durch häusliche Vorkommnisse am Erscheinen verhindert.

Da das besprochene kleine Lipodermoid an der Innenfläche des Oberlids eine nennenswerthe Entstellung nicht bedingt und keine Neigung zu wachsen verräth, ist die operative Entfernung nicht als angezeigt zu erachten. Es kommt aber vor, dass angeborene kleine Geschwülste dieser Art, nachdem sie bis zu einem gewissen Alter stationär geblieben, plötzlich an Umfang zuzunehmen anfangen, so dass ihre Träger beim Arzt um ihre Entfernung nachsuchen. So habe ich selbst in zwei Fällen, wo ein Lipodermoid an der Bindehautfläche des äusse-

ren Augenwinkels sass, operativ einzugreifen Gelegenheit gehabt. In diesen beiden Fällen handelte es sich um verheirathete Frauen, Mütter mehrerer Kinder, bei welchen das Lipodermoid die einzige Anomalie und insbesondere kein Lidcolobom vorhanden war.

Das angeborene Lidcolobom wurde ursprünglich als einfache Hemmungsbildung ausgelegt, indem man sich vorstellte, dass zu einer gewissen Epoche der Entwickelung des Embryo ein Spalt im Lid existirt, der sich ausnahmsweise bei einzelnen Individuen nicht schliessen sollte. Die Unrichtigkeit dieser Vorstellung ist aber von Manz nachgewiesen worden. Zu keiner Zeit seiner embryonalen Entwickelung besteht nämlich das Lid aus zwei gesonderten Bestandtheilen, welche erst später zusammenwüchsen. Man nimmt gegenwärtig nahezu allgemein an, dass Störungen von Seite des Amnions den angeborenen Lidspalten zu Grunde liegen, welche Theorie von van Duyse eingehend begründet und nach den verschiedensten Richtungen hin gefestigt worden ist. In der zweiten Auflage des Handbuches von Graefe-Saemisch wird die Theorie folgendermassen resumirt: „Abnorme Engigkeit in der ersten Foetalzeit kann durch Druck auf die am meisten vorragenden Theile entwicklungshemmend wirken, ferner können die bekannten amniotischen Stränge, wenn sie über die Gegend des Auges verlaufen und an diesem selber oder seiner nächsten Umgebung fixirt sind, die Entwicklung des Lides an der betreffenden Stelle verhindern oder endlich durch Einschnürung in die schon gebildeten Lider Defecte diser selbst und der darunter liegenden Theile bewirken. In der späteren Zeit des embryonalen Lebens können dann die Stränge selbst wieder verschwinden, während die durch dieselben gesetzten Defecte übrig bleiben. Die cutanen Gebilde, welche sich am Bulbus und den Lidern finden, d. h. die Hautbrücken, Dermoide, Lipodermoide und pterygiumähnliche Bildungen sind dann als die Reste der Insertionen von amnistischen Strängen zu betrachten. Diese Auffassung ist durch die Thatsachen aufs beste gestützt."

Am häufigsten kommt das Lidcolobom am oberen Augenlide vor, und zwar einseitig, also wie in dem hier mitgetheilten Falle. Seltener ist das untere Lid gespalten, oder Ober- und Unterlid zugleich. Es ist auch schon gesehen worden, dass

alle vier Augenlider einen Spalt zeigten. Der Gestalt nach erscheinen die Spalten entweder dreieckig (V-förmig) oder rechteckig (bez. trapezförmig). Mit verschiedenen Graden der Ausbildung des Coloboms sind verschiedene Grade der Entstellung des Antlitzes und der Functionsbeeinträchtigung — letztere hauptsächlich wegen der oftmals mitvorhandenen Trübung der Hornhaut — verknüpft.

Bei den schweren, im äussersten Grade entstellenden Bildungsfehlern des Gesichtes, den angeborenen Gesichtsspalten, insbesondere bei der sogenannten schrägen Gesichtsspalte, ist gewöhnlich auch Lidcolobom vorhanden, welches dann eine Verlängerung der Gesichtsspalte darstellt. Entsprechend der Richtung der schrägen Gesichtsspalte liegt das Colobom der oberen Lids weiter temporal als das des unteren. Bekanntlich kommen die typischen Gesichtsspalten durch ausbleibende oder unvollkommene Vereinigung der Stirn- und Oberkieferfortsatze zustande, verursacht durch Einlagerung von Amnionssträngen in die Spalten. Wie schon erwähnt, zeigen die Lider zu keiner Epoche ihres normalen Wachsthums einen Spalt, in welchen sich ein Amnionsstrang hineinlegen und dadurch den Verschluss der Spalte verhindern könnte. Hier bedeutet das Colobom eine Behinderung der Volumszunahme der Substanz des Lides in Folge des Druckes, der von dem straff angespanntem Amnionsbande ausgeübt wird.

Gleichzeitig mit Gesichtsspalten und Lidcolobomen können an schweren Missbildungen vorkommen: Exencephalie, Hemicephalie, Anencephalie, Wolfsrachen, Bauchbruch, Syndactylie und sogenannte Spontanamputationen von Extremitäten.

926 Madison Avenue.

Casuistische Fälle aus der Praxis.

Von Dr. Carl Hoening, Hoboken.

I. Paralysis spinalis ascendens acutissima.

Amalia Holzer, ein kräftig entwickeltes Mädchen von 5 Jahren, hatte am Abend etwa 3 Stunden im Schnee gespielt. Sie trug ihren kleinen Schlitten die zwei Stiegen zur Wohnung

der Eltern allein hinauf, ass mit Appetit ihr Abendbrot und ging um halb neun Uhr zu Bett. Am folgenden Morgen stand sie gegen acht Uhr auf, fiel jedoch beim Versuche zu gehen sofort zu Boden und konnte sich nicht wieder erheben. Ich besuchte sie zur Mittagszeit und fand eine schlaffe Lähmung beider Beine, mit Erhaltung von Schmerz- und Temperaturempfindung. Kniereflexe waren erloschen, Sphincteren normal, das Sensorium frei, die Sprache deutlich. Die Temperatur in recto war 97.3, der Puls 88. Nirgends waren Schmerzen vorhanden, auch die Wirbelsäule war nicht empfindlich. Der Urin enthielt weder Zucker noch Eiweiss. Vesicatore und öftere kleine Gaben Strychnin wurden verordnet. Acht Stunden später war die Lähmung auf Bauch- und Rückenmuskeln, Intercostales und Arme fortgeschritten. An der Athmung nahmen die Scaleni theil, der Bauch war infolge der Zwerchfellslähmung eingesunken, eine leichte Cyanose machte sich bemerkbar. Der Puls zählte 100 bis 105, mit kurzer, niedriger Welle. Die Intelligenz war völlig erhalten, die Sprache deutlich aber schwach. Seit fünf Stunden war weder Stuhl noch Urin gelassen. Bei zunehmender Schwäche trat schon um Viertel nach zehn an demselben Abend der Exitus ein, mithin 26 Stunden nachdem sich das Kind gesund zur Ruhe begeben hatte, 14 Stunden nachdem die Lähmung der Beine bemerkt worden war. Fragen wurden noch zehn Minuten vor dem Tode richtig aber ohne Stimme beantwortet. Der Puls überdauerte die Athmung volle zwei Minuten. Von einem Trauma wurde nichts berichtet, starke Muskelanstrengung und Durchkühlung waren sicher dagewesen. In ähnlichen Fällen hat die Autopsie kein anatomisches Substrat für die Erkrankung geliefert.

II. Meningitis gonorrhoica.

H. S., ein kräftiger Arbeiter von 32 Jahren, erkrankte am 28. Sept. mit Frost, Fieber und heftigen Schmerzen im rechten Hüftgelenk. Die erste Untersuchung, am 29. Sept., ergab Coxitis und Gonorrhoe mit einer Temperatur von 103.5. Die Gonorrhoe bestand seit 5 Wochen und hatte den Mann nicht gehindert zu arbeiten; er hat dreimal täglich eine Capsel, vermuthlich mit

Ol. Santali, genommen. Das Hüftgelenk wurde durch passende Lagerung entspannt und Salol verordnet, 4 Gramm täglich. Innerhalb der nächsten vier Tage liessen die Schmerzen nach, die Temperatur fiel auf 102. Am vierten October trat plötzlich Erbrechen, intensiver Kopfschmerz und Opisthotonus auf. Die Wirbelsäule war auf Druck überall empfindlich, das Fieber stieg auf 106.5, der Puls auf 140. Gegen Abend trat Sopor auf, der Kranke stöhnte beständig. Um Mitternacht wurde die Athmung unregelmässig, ein Uhr Morgens fand ich den Patienten in tiefem Coma. Durch Spinalpunction wurden 25 ccm einer leicht getrübten Flüssigkeit gewonnen, welche, etwa eine Viertelstunde später untersucht, Diplococcen zeigte, welche in dichten Haufen innerhalb von Eiterzellen lagen. Die Diplococcen nahmen Methylenblau schnell an, und waren durch Abspülen mit Alcohol in wenigen Minuten zu entfärben. Vergleich mit frischen Gonococcen ergab genaueste Uebereinstimmung in Form und Grösse. Culturen wurden nicht gemacht. Nach Bericht der Familie hat der Kranke eine Stunde später mit undeutlicher Stimme gesprochen, jedoch Fragen nicht beantwortet. Am Abende desselben Tages, 36 Stunden nach dem Beginne der meningitischen Symptome, trat Sphincterenlähmung, schnarchende Athmung, und kurz nach Mitternacht Exitus ein. Es handelt sich hier zweifellos um Tod durch Meningitis gonorrhoica, 6 Wochen nach Beginn der Gonorrhoe, 8 Tage nach Einsetzen einer acuten Coxitis.

Klimatische und balneologische Curorte in Tyrol.*)

Von Dr. jur. BAUMFELD.

(Schluss.)

Die letzte Gruppe, die der eigentlichen Höhencurorte mit alpinem Klima in einer Erhebung von über 2700 Fuss, ist hauptsächlich characterisirt durch eine stark würzige, kühle Luft, den verminderten Luftdruck, die absolute Reinheit von

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 4. März 1901.

Microorganismen, eine starke Besonnung, sowie geringe Bodenfeuchtigkeit, die anregende und kräftigende Wirkung auf den gesammten Stoffwechsel, welche sich insbesondere bei vielfachen Ernährungsstörungen und Veränderungen der Blutbeschaffenheit vortheilhaft verwerthen lässt, wobei allerdings eine gewisse Widerstandsfähigkeit des Organismus vorausgesetzt werden muss. Wiederholt haben sich Fälle ergeben, dass speciell gewisse Sorten von Neurasthenikern, insbesondere an jenen Punkten, welche über 3600 Fuss hoch gelegen sind, nicht nur keine Milderung, sondern eine directe Verschärfung ihrer Zustände erfahren mussten. Die besonders in Laienkreisen verbreitete Theorie, dass man sich stets in den hohen Regionen und der damit bedingten dünnen Luft wohlfühlen müsse, kann nicht scharf genug als ein Irrthum bezeichnet werden und Sache des Arztes ist es eben, dem Patienten darüber Klarheit zu verschaffen, dass ebenso wenig, wie vernünftiger Weise irgend eine Quellencur auf eigene Faust und nach eigenem Ermessen unternommen werden soll, dieses bei einer Höhenluftcur der Fall sein darf. Für alle diejenigen freilich, deren Zustand den Aufenthalt in diesen Regionen gestattet, wird sich gerade in Tyrol ein wahres Luftparadies ergeben. Die berühmtesten Punkte des Landes, speciell auch diejenigen, welche die grossartigsten Einrichtungen für den Fremdenverkehr bieten, gehören der hochalpinen Region an. In nächster Nähe der Landeshauptstadt Innsbruck verdient das auf einem weit gedehnten Wiesenplateau gelegene Igls (3000 Fuss) Erwähnung. Zieht man die alt berühmte Brennerstrasse südwärts, so passirt man Brennerpost (4200 Fuss). Von Bozen aus, welches einen Knotenpunkt für den Zugang in eine Reihe der grossartigsten Hochgebirgsthäler bildet, kann man durchwegs auf kunstvoll angelegten, breiten Prachtstrassen, die zum Theil in das Felsgestein eingesprengt sind, sowohl auf den waldreichen Mendelpass (4200 Fuss) als nach Karersee (5300 Fuss) gelangen, jenem Punkte, der insbesondere für Liebhaber schier unendlicher Waldungen empfohlen sein möge. Ueber den Karerpass hinüber und durch den italienischen Theil von Tyrol hindurch gelangt man auf malerisch und reizvoll gelegenen Uebergängen nach San Martino di Castrozza (4400 Fuss) oder Madonna di Campilio (4500 Fuss), von wo eine neu angelegte Kunststrasse in das alt be-

rühmte Trient hinunterführt und wir, dem Strange der Eisenbahn rückwärts folgend, wieder zu dem Knotenpunkte Bozen zurückgehen können. Unter Benützung einer Zweigbahn nach Meran gelangen wir zu dem Ausgangspunkte der nicht mit Unrecht als pièce de résistance bezeichneten Tour über das Stilfser Joch in das Herz der Ortler-Gruppe hinein, wo Trafoi (4800 Fuss) und Sulden (5500 Fuss) nicht nur dem Maasse nach die absoluten Höhepunkte der hochalpinen Sommerfrischen bilden. Noch wäre jenes im ganzen Alpengebiete einzig dastehenden Dolomithenthales Erwähnung zu thun, welches sich von Toblach aus bis Cortina d'Ampezzo in einer durchschnittlichen Höhe von 4200 Fuss hinzieht und als seine meist besuchten Stationen Landro, Schluderbach, Missurina und Tre Croci aufweist.

In der nüchternen Zusammenstellung, die ich Ihnen, meine Herren, hier vorführe, sind dieses zunächst freilich alles Namen ohne besonderen Klang. Wenn es auch ausserhalb des Rahmens meiner Ausführungen liegt, selbst nur den Versuch zu machen, alle diese Namen mit jenen Reizen auszustatten, welche ihren Trägern von der Natur verliehen sind, so wollen Sie mir doch gestatten, Ihnen mit wenigen knappen Strichen, gewissermaassen als Illustrationsprobe, einzelne derselben vorzuführen:

Wo in vergangenen Zeiten die Goten sassen (Gossensass), wo der Sage nach Wieland der Schmied den mächtigen Hammer schwang, wo in unseren Tagen der Dichter des „Amaranth," Oskar von Redwitz, so gerne seine schönsten Lieder träumte, lassen Sie uns für einen Augenblick verweilen; dem Gossensass, dessen muthigen Bergknappen ehemals die reichen Silberadern des Pflerschthales willkommene Ausbeute lieferten, durch dessen Strassen die hochbeladenen Fuhrwerke stolperten, die über den Brenner zogen, und das heute verjüngt, verschönt, im besten Sinne des Wortes modern geworden, Zehntausenden Sommer und Winter, dank seiner klimatischen Vorzüge, zum köstlichen Aufenthalte dient, gilt unser Gruss. In der stattlichen Höhe von 3500 Fuss, wo sich das Thal Brenner abwärts zum ersten Male nach Süden weitet, liegt der schmucke Ort zwischen Bergesriesen, welche wacker widrige Winde abwehren, eingebettet in Wälder und Wiesen, gekrönt von einem Kranze weit funkelnder Gletscher,

hochragender Felsthürme, die in dem zerklüfteten Tribulaun, der 10,000 Fuss hoch emporragt, ihren Meister grüssen. Die alten anno Postkutsche mählig eingesunkenen Häuschen haben sich wieder stramm aufgerichtet und halten gute Nachbarschaft mit den prächtigen, aber ganz dem Style der Landschaft angpassten Hotels. Wenn des Abends die mächtigen Bogenlampen, welche die ganz moderne Beleuchtung des Ortes besorgen, die in leichtem Nebel halb verwischten Gebirgsmassen in einem eigenthümlich bläulichen Lichte mehr ahnen als erscheinen lassen, und eine elegante, bunt gewürfelte Menge sich in übermüthiger Laune in den Strassen vor den Hotels herumtreibt, kann man fast meinen, was da hinter dem Orte so transparent-gespenstig aufrage, sei nur irgend eine raffinirte Theaterdecoration, geschaffen, um für einen modernen Sommernachtstraum den rechten Hintergrund abzugben. Zerreist aber der aufgehende Mond die Nebelschleier und leuchtet tief in die Gletscherschlünde und das vereiste Gestein hinein, so erkennt man, dass keines Menschen Hand ein so kühn gebautes Werk von Zinnen und Zacken, Spitzen und Thürmen zu errichten vermag. In den drei Monaten December, Jänner und Februar nimmt Gossensass, dem nicht mit Unrecht der Ehrentitel des österreichischen Davos zuerkannt wurde, übrigens als hochalpiner Wintercurort seinen besonderen Platz ein. Durch das vorhandene Minimum von atmosphärischen Niederschlägen ist mehr als einmal eine hunderttägige Herrschaft des blauen Himmels zu beobachten gewesen, unter der es sich auch für schwerer Kranke glücklich leben lässt.

Gleichsam als trutziger Wächter erhebt sich am Eingange des Eggenthales, dessen Wässer abfliessen zwischen himmelhoch ragenden Felswänden, die an manchen Stellen so eng zusammenrücken, als wollten sie dem Lichte jeden Zutritt sperren, die stolze Burg K a r n e i d, auf einsamem Felskegel unversehrt und unverwittert, wie in den Tagen, da F r i e d e l m i t d e r l e e r e n T a s c h e, der Herzog, gegen den der tyroler Bauernbund in grimmer Fehde lag, die Feste stürmte. Von da ab zieht sich die berühmte Dolomitenstrasse, eingesprengt in das Porphyrgestein, in unbeschreiblichem Wechsel der Scenerie, belebt durch ein unerschöpfliches Spiel der Wässer, die sich bald durch klammartige Gallerien zwängen, bald in lustigen Cascaden thalabwärts purzeln, bis an den Karersee-

pass. So manigfaltig auch die Reize dieser stundenlangen Wanderungen oder Wagenfahrt sind, so wirksam auch sich ordentlich bei jeder Biegung überraschende Effecte einstellen, wie sie eben nur die echte Hochgebirgslandschaft gestalten kann, tritt doch all' dieser Zauber in den Hintergrund, verblasst ordentlich fühlbar im Augenblicke, wo aus dem dichtesten Wald herrlicher Tannen in einsamer Lichtung plötzlich der Karersee sich dem entzückten Auge offenbart. Hat man überdies das Glück, in klarer Vollmondnacht dem See zu nahen, so ist man schier betäubt ob der sich bietenden Schönheit, die so ganz eigenartig ist, dass man sich in irgend eine andere Welt entrückt wähnt. Nur ein ganz leises traumhaftes Plätschern unterbricht die feierliche Stille, die Wellen des kleinen Hochwaldsees schlagen an das Ufer, welches insbesonders an der einen Seite von so dichten Baumriesen gebildet wird, dass selbst das bleiche Mondlicht schwarz in ihnen scheint. In den Wald hinaus ragt wie ein Cyclopenbollwerk die zerrissene und von Schneerinnen durchfurchte Wand des Latemar bleich, starr und seltsam mit ihrem vielzackigen Diadem in die klare Luft empor. Das Ganze ist in ein Licht getaucht, das, von dem gerade noch hinter den Bergen stehenden Monde ausgehend, etwas ‚strahlend-visionäres an sich hat, und dabei scharfe strenge und unergründlich finstere Schatten wirft. Stockt der leichte Wind vom Wasser her einen Augenblick, dann wird es ganz, ganz still, dann hält man wie gebannt den Fuss im Ausschreiten fest, um das Wunderbare, dessen Nahen man zu fühlen wähnt, ja nicht zu verscheuchen. Undankbar, wie wir nun einmal sind, spüren wir gar nicht, dass wir bereits ganz im Wunderbaren drinnen stehen. Nur zögernd löst sich der Fuss, eine kurze Spanne noch, wir treten auf sammetweichen Wiesenboden hinaus, übergossen vom Glanze des nunmehr am Horizonte erschienenen Vollmondes, zu Füssen des vielbesungenen Rosengartens König Laurin's, von urwäldlichen Nadelforsten umsäumt, grüsst uns das im Style eines prächtigen Landedelsitzes gehaltene Karersee-Hotel entgegen, welches bei einer Höhe von über 5300 Fuss uns jenen alpinen Luxus bietet, der erst eine Erfindung der allerneuesten Zeit ist und fast ebenso wie knapp vorher am See selbst an irgend einen Zauberspuk glauben lässt.

In einem alten Jahrgange des „Innsbrucker Wochenblattes"

findet sich eine aufregende Schilderung des „Sibirien"-Tyrols, „allwo die Bauern mit den Bären aus einer Schüssel essen und die Kinder auf Wölfen daherreiten." Mächtige Gletscher bilden „das Ende der Welt." Als im Jahre 1818 einer derselben, der Suldengletscher, zu wachsen begann und seine Eismassen bis in die Nähe der letzten Gehöfte des Thales vorschob, berichtete wieder die „Wiener Zeitung," „dass sich der Gletscher unter furchtbarem Gebrülle den menschlichen Wohnungen nähere." Heute führen die Orte T r a f o i und S u l d e n, auf welche sich diese wenig schmeichelhafte Schilderung bezog, die weit ehrenvolleren Beinamen „G r i n d e l w a l d" und „C h a m o u n i x" von Tyrol. Es ist lebhaft zu bedauern, dass die ehrsamen Federhelden von anno 1818 nicht einen Blick auf das ganz eigenartige Treiben werfen können, welches sich heute in den pittoresken, ganz im behaglichen alttyroler Style gehaltenen Hallen der Hotels daselbst abspielt. So sehr auch in den letzten Jahren ein elegantes Publicum in diese Höhenpunkte vorgedrungen ist, führt doch noch der Tourist, der Ueberwinder der stolzen Gipfel, und neben ihm die zahmere Species der Bergfexen, das grosse Wort in diesen unheiligen Hallen. Freilich, wenn einem die Gletscher ordentlich ins Fenster gucken und man vor, neben, unter und über sich nichts hört als das Dröhnen schwer genagelter Schuhe, das Aufschlagen der Eispickel, nicht zu vergessen der dramatischen Schilderungen, wie es sich so fein lebt da oben zwischen Eis und Schnee, so hält man es nicht lange aus, ohne nicht selbst wenigstens ein paar zahmeren dieser ewigen Gesellen auf das Haupt getreten zu sein. Steht man auf der Ferdinandshöhe, dem Gipfelpunkte der mit unvergleichlicher Kühnheit und Sicherheit gebauten Stilfserjochstrasse, so kann man im gemächlichen Hundetrab zwei Stunden bergan einen „Zwölftausender," die Geisterspitze, bezwingen. Wer von Sulden aus ein wenig seine Glieder rührt, kann heute auf der Düsseldorfer Hütte sich einen prächtigen Mosel- oder Rheinwein-Schwips holen, um ihn morgen inmitten des grossartigsten Gletscherpanoramas der deutschen Alpen in der Halle'schen Hütte am Eisseepass mit feinstem Champagner wegzukatern, den er, nicht zu vergessen, eigenhändig in einer Gletscherspalte einkühlen darf.

In achtunddreissig kühnen Serpentinen erreicht die höchste Kunsstrasse von Europa, das S t i l f s e r j o c h, in deren Be-

reich diese Herrlichkeiten liegen und die von Kaiser Franz I zu Militärzwecken erbaut, die kürzeste Verbindung zwischen Wien und der Lombardei herstellte, die Passhöhe von ca. 10,000 Fuss. Ueber die Eiskämme, von welchen die grünen Eisströme herniederfliessen, ragt der weisse Firnrücken des Ortler empor. An schönen Tagen kann man mit freiem Auge von hier aus die einzelnen Besteiger des Königs der deutschen Alpen als kleine schwarze Punkte die Firnwand emporklimmen sehen. Ganz mühelos kann man über blumige Matten bis hart an die gewaltigen vorgeschobenen Gletscher herangehen, und es gehört durchaus kein Heldenthum dazu, einen kleinen Spaziergang über den Gletscher selbst zu riskiren. Wer aber auch vor dieser gefahrlosen hochalpinen Spielerei zurückscheut, kann von der Dreisprachenspitze in das schweizerische Muranzathal, das italienische Veltlin und nach dem herrlichen Tyrol hineingrüssen in dem Bewusstsein, gewöhnlichen Sterblichen immer noch um mehr als zehntausend Fuss „über" zu sein.

Wer jemals den kecken Schlussjuchezer von „Zillerthal, Du bist mei Freud" an der Heimathsstätte dieses urwüchsigen Liedes gehört hat, dem taucht in der Erinnerung ein gar köstliches Bild auf in frischen, fröhlichen Farben. Denn an die Zillerthaler denken, heisst sich mit stillem Nachlächeln dieser oder jener fidelen Stunde erinnern, die man irgendwo da unten zwischen Mairhofen und der Berliner Hütte verlebt hat. Der Zillerthaler ist ja soweit der fröhlichste unter den vielen Tyroler „Thalern," sein kerniger Witz, seine Sangeslust hat ihn schon im Mittelalter weit über die Grenzen des „Landl's" hinaus bekannt gemacht, und mehr als einer der fremden Herrscher nahm die schneidigen, sehnigen Gestalten mit den blitzenden Augen und dem scharfen Gösch'l als Hofnarren in seine Dienste. Selbst heute ist der Zillerthaler noch ein Zugvogel geblieben, der als Leder-, insbesondere als Handschuhhändler weit in der Welt herumzieht und dabei als tyroler Hans Sachs den Ruhm seines stolzen Thales kündet. Denn der Uebergang vom Wort zum Lied ist gar rasch bei ihm, hat er nur die ersten Witzeln an den Mann gebracht, nickt nur die Hahnefeder so recht herausfordernd vom Hütl herunter, so legt er mit seinen Vierzeiligen los, die aus dem Stehgreif gedichtet und gesungen, mit ihrem gutmüthigen Spotte keinen

verschonen, aber auch alle lachen machen. Ernst wird der Bursche nur dann, wenn er im Liede seine Heimath preist, das Thal, dessen untere Hälfte im schmucken Grün der Matten prangt, über welche die weiss blinkenden Häuslein verstreut sind, wie eine sorgsam gehegte Herde, bis sich, je weiter man in den oberen, südlichen Theil eindringt, das Bild zur eisesstarren Erhabenheit steigert. Aus unermesslichen Schneefeldern ragen nackte, wildgezackte Felsen empor, herrlich blaue Eisfelder grüssen auf den letzten Alpenwiesenplan herab. Ueber die Felswand stürzt der schäumende Wildbach, ernst und schweigsam ragt mit seinen moosbewucherten Stämmen der Hochwald empor, über dessen dichtem Dache eine Weihe mit raschen Flügelschlägen dahinzieht. Durch die hochragende Klamm stürmt ein mächtiger Wasserfall thalwärts gegen die lieblichen Matten. Er kommt direct aus den schwer nahbaren Gipfeln herunter, die im Hintergrunde Schulter an Schulter sich aneinander reihen. So mit einem Blicke die ganze Scala der Schönheit vom Lieblichen bis zum Erhabenen umfassend, kann man nicht anders als mit einstimmen in den Ruf, dessen klares Echo sich gerade von der Felswand löst: „Zillerthal, du bist mei' Freud.'!"

R a d t o u r i m H o c h g e b i r g e! Für den ersten Augenblick sieht sich das wie ein Paradoxon an. Denn mit dem Stahlross die Bergeszacken zu erklimmen, bleibt für den Augenblick noch ein schöner Zukunftstraum. Und doch giebt es in Tyrol mehr als eine Hochgebirgsstrasse, auf der die flotten Radler nur so dahin sausen mitten in die herrliche Alpenwelt hinein. Diese berühmten Kunststrassen, die auf festem Felsgrund mit den Mitteln der neuesten Technik glatt wie ein Billardbrett, ebenso breit als kühn aufgebaut sind, bieten mit ihrer ganzen rennbahnartigen Anlage für ein echtes Radlerherz Wonnen „höchster" Art. Auf der herrlichsten dieser Strassen kann man mitten durch die Dolomiten von Nord nach Süd, von Toblach im Pusterthal bis nach der Lagunenkönigin Venedig in der kurzen Frist von zwei Tagen sein Rad laufen lassen. Da man von fast 6000 Fuss Höhe successive auf den Nullpunkt des Meeresspiegels herabkommt, so genügt es fest im Sattel zu sitzen, um fallweise bei einzelnen steilen Curven nach der Tiefe nicht einen Purzelbaum zu riskiren. Sonst aber hat man reichlich Zeit und Gelegenheit, vom erhöhten Sitze Lugaus zu

halten in Berg und Thal, die im Wandelpanorama an unserem erhöhten Blicke vorüberziehen. Kein Gebirge der Welt gleicht den Dolomiten an pittoresken, immer neuen, immer reizvollen Formationen. Von graziösen, in die stahlblaue Lust aufragenden Felsnadeln bis zu wuchtigen wie von Riesenhand aufgebauten Thürmen, von breiten, massiven Mauerzügen bis zu den vielfach zerklüfteten, gespaltenen und ineinander gezwängten Graten und Zinnen kann man hier die ganze Kosmogenie des Gebirges an den einzelnen Gruppen studiren. Dabei sind im Gesteine vom dunkelsten Roth bis zum fahlen Erdgrau alle Farbennuancen reichlich vertreten, das Grün der bis an die äusserste Schneegrenze aufstrebenden Zwergkiefer wird von tiefblauen Gletschern, unermesslichen Firnfeldern abgelöst. Gegen den Süden zu treten die Berge zurück, eine lachende Ebene durchzogen von breiten, fischreichen Wässern lenkt langsam zu der farbenreichen Fruchtbarkeit hinüber, die auf Italiens vielgepriesenen Gefilden blüht und gedeiht. Von Toblach über Cortina d'Ampezzo, der reichsten und schönst gelegenen Gemeinde Tyrols bis nach Belluno, der unter der Venezianerherrschaft vielberühmten Handelsstadt zieht die eigentliche Bergstrasse hin, die bequem vom Morgen bis zum Abend zurückgelegt sein kann. Wer inmitten einer hochromantischen Gebirgsscenerie sein Frühstück genommen, kann am selben Abend auf der Piazzo von Belluno inmitten altehrwürdiger Marmorpaläste sich an dem lebhaften Treiben einer schon durchaus italienischen Bevölkerung erfreuen und beim Glase feurigen Chianti's der fröhlichen Mittagsrast gedenken, die er zu Füssen des stolzen Campanile von Cortina gehalten. Ich wüsste keine zweite Strecke, auf der ein so rascher, durchgreifender Wechsel der Scenerie unter ähnlich mühelosem Tagewerk zu erreichen wäre.

Bevor wir uns nun von der Gruppe der klimatischen jener der balneologischen Heilstätten zuwenden, sei noch erwähnt, dass sich an den Ufern des Gardasee im Süden und des Achensee im Norden jenes feuchte Küstenklima vorfindet, welches, durch geringe Schwankungen in der Temperatur und eine grosse Luftfeuchtigkeit ausgezeichnet, insbesonders bei übergrosser Reizbarkeit des Nervensystems, bei Zuständen allgemeiner Schwäche, mit grossem Erfolge angewendet wurde.

Womöglich noch reicher als die Spielarten der klimatischen

Heilstätten sind jene der b a l n e o l o g i s c h e n in Tyrol. Ein flüchtiger Ueberblick über die bekanntesten Bäder des Landes ergiebt das Vorhandensein von erdig-alkalischen, erdig-salinischen und eisenhaltigen erdigen Quellen. Ausserdem finden sich Schwefelquellen, Wildbäder, Thermen und Solbäder in grosser Anzahl vor. Wenn die internationale Wissenschaft bis zum heutigen Tage von vielen dieser Heilquellen noch keine Kenntniss genommen, so ist das hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass nur bei einem verhältnissmässig kleinen Theile derselben eine genaue, den Fortschritten der Gegenwart entsprechende, chemische Analyse vorliegt, wie denn überhaupt erst in den letzten Jahren einiges, allerdings noch viel zu wenig, dafür gethan wurde, um die Heilkraft dieser Quellen weiteren als den rein lokalen Kreisen bekannt zu machen.

Das characteristischste Moment und gleichzeitig jenes, welches für die medicinische Wissenschaft von der grössten praktischen Bedeutung ist, ist das reichhaltige Vorkommen von A r s e n w ä s s e r n oder Eisenvitriolwässern mit Arsengehalt, jenen Mineralwässern, welche als vorwiegende Bestandtheile Eisensulfat, freie Schwefelsäure, Alaunerdesulfat ergeben und dabei einen namhaften Gehalt an arseniger Säure bieten. Der innerliche Gebrauch derselben zu Trinkcuren hat bei verschiedenen anämischen Fällen, namentlich bei solchen, die mit starker Abmagerung verbunden sind, bei chronischen Malaria-Erkrankungen und den auf anämischer Blutbeschaffenheit beruhenden Nervenkrankheiten, unbestritten glänzende Erfolge erzielt.

Die stärkste, derzeit überhaupt bekannte Arseneisenquelle ist jene von R o n c e g n o, welche nach einer Analyse des Professors P e t e r S p i c a in Padua in 1000 Theilen arsensaures Natron 0,1, Arsensäure-Anhydrit 0,11 und schwefelsaures Eisenoxyd 3,03 enthält.

Nächst Roncegno verdient L e v i c o und der mit ihm in Verbindung stehende Sommerbadeplatz V e t r i o l o besondere Beachtung. Die Mineralwasserquellen entspringen an dem nördlich des Ortes gelegenen Monte Fronte und zwar in zwei Grotten, der sogenannten Vitriolgrotte, in welcher die starke oder Badequelle, und der sogenannten Okergrotte, in welcher die schwache oder Trinkquelle ihren Ursprung hat, in einer Höhe von 6000 Fuss über dem Meere. Nach einer Analyse des

Hofrathes Professor Ludwig in Wien enthält die starke Quelle in 10,000 Gewichtstheilen 0,087 Gewichtstheile arsenige Säure, 13 Gewichtstheile schwefelsaures Eisenoxyd und 25,6 Gewichtstheile schwefelsaures Eisenoxydul. Wird dieses Wasser zu Heilzwecken innerlich verordnet, so kann es wegen des starken tintenartigen Geschmackes nur in einer täglichen Dosis von ein bis drei Esslöffel angewendet werden. Seine Hauptverwendung findet es allerdings als Zusatz zu den Badewässern. Die schwache Quelle, die vorwiegend zu Trinkcuren benutzt wird, ist in ihrer Zusammensetzung ähnlich, nur bedeutend schwächer dosirt, indem sie in 10,000 Gewichstheilen blos 0,0095 arsenige Säure, 6,6 schwefelsaures Eisenoxydul und 2,71 schwefelsaures Eisenoxyd enthält.

Von den erdig-salinischen Quellen verdient insbesondere Kitzbuehel Erwähnung, dessen Wasser als Hauptbestandtheil kohlensaures und quellensaures Eisen enthält — in 1000 Gewichtstheilen 0,103 — und welches theils als Trinkquelle, theils, und zwar hauptsächlich der okerartige Bodensatz, zu Schlammbädern benutzt wird. In nächster Nähe ist der Schwarzsee gelegen, der bei einer Temperatur von 19 bis 23 Grad Celsius ausserordentlich heilkräftige natürliche Moorwässer enthält. Die von Professor Joseph Zehenter vorgenommene Analyse derselben ergab als Hauptbestandtheile kohlensaure Magnesia, kohlensauren Kalk und kohlensaures Eisenoxydul und ist das Baden hauptsächlich gegen Nervenkrankheiten, Gicht, Rheumatismus, offene Schäden und Hautkrankheiten mit Erfolg verordnet worden.

Sowohl wegen seiner Schwefel- als wegen seiner Stahlquellen ist Bad Innichen bekannt. Die Schwefelquelle enthält Kali, Natron, Magnesia und Kalk an Schwefelsäure gebunden, ferner freie und halb gebundene Kohlensäure und freien Schwefelwasserstoff, welch' letzterer in solchen Mengen nachweisbar ist, dass die Quelle zu den stärksten ihrer Art gerechnet werden kann. Die Stahlquelle enthält nebst anderen Verbindungen schwefelsaures Natron, Magnesia und Kalk, kohlensaures Eisenoxydul, sowie freie und halb gebundene Kohlensäure und ist ebenfalls als sehr kräftig zu bezeichnen.

Bereits seit dem Beginne des achtzehnten Jahrhunderts sind die Schwefelbäder von Ratzes berühmt, die nach der neuesten Analyse in 1000 Gewichtstheilen 0,66 Gewichtstheile

schwefelsaures Eisenoxydul, ferner kohlensaures und phosphorsaures Eisenoxydul neben schwefelsaurer Magnesia, schwefelsaurem Kalk, kohlensaurem Kalk und Kalialaun aufweisen. In der Nähe entspringt übrigens eine weitere Schwefelwasserquelle, die insbesondere durch ihren Gehalt an freiem Schwefelwasserstoff zu den stärksten dieser Gattung gerechnet werden muss.

Eine besonders prägnante Combination von balneologischer und klimatischer Bedeutung kommt dem berühmten Brennerbad zu. Seine Therme hat eine stetige Temperatur von 23 Grad Celsius und weist nach einer Analyse des Professors Dr. von Barth hauptsächlich kohlensauren und schwefelsauren Kalk auf. Sie wird sowohl zu Bädern als auch zu Trinkcuren benutzt und eignet sich neben der Behandlung von Rheumatismus, Gicht und Neuralgie, vorwiegend für Catarrhe des Magens, des Darmes und der Harnwege. Vermöge seiner Höhenlage (4500 Fuss über dem Meer) eignet sich Brennerbad aber auch speciell zum Aufenthalte für alle Formen der Neurasthenie sowie für Reconvalescenten und Blutarme, endlich ist es durch seine dünne, absolut staubfreie Luft ein ausgezeichneter Aufenthaltsort für alle Arten von Lungencatarrhen und für chronisch verlaufende Fälle beginnender oder bestehender Lungentuberculose.

Von den sonstigen Thermen möchte ich nur noch Hintertux erwähnen, welches, nahezu 4500 Fuss hoch gelegen, eine vollständig indifferente Quelle mit einer constanten Temperatur von 22,5 Grad Celsius aufweist.

Unter den bekannten Solbädern, deren in ganz Europa 27 verzeichnet werden, nimmt Hall in Tyrol den vierten Rang ein, indem es in 1000 Theilen Sole 255,5 Theile Salz enthält. Erst lange nach Hall rangiren Gmunden, Reichenhall, Pyrmont, Nauheim, Kreuznach und Kissingen. Die letzten sehr sorgfältigen Analysen von Hauer und Barth ergeben in 1000 Theilen 255,2 Chlornatrium, ca. 2,5 Chlormagnesium, Chlorkalium und andere Chlorverbindungen. Die Analyse der nach dem Auskrystallisiren des Salzes zurückbleibenden Mutterlauge ergab in 1000 Gewichtstheilen 205 Chlornatrium, 15 Chlorkalium, 29 Chlormagnesium, 9,9 Chlorcalcium, 1,7 Brommagnesium und 2,7 schwefelsauren Kalk. Nach dieser Zusammensetzung kommt diese Mutterlauge allen anderen bekann-

ten zum mindesten gleich. Ausser zu Badezwecken findet sie insbesondere zu Inhalationen bei allen Formen von Catarrhen der Luftwege Anwendung.

Von den kleineren Bädern, die sich heute theils aus dem früher erwähnten Grunde, dass für ihr Bekanntwerden bisher so gut wie gar nichts geschehen ist, noch mehr eines localen Rufes erfreuen, möchte ich nur ganz flüchtig der folgenden Erwähnung thun: Baumkirchen, dessen bereits in einer ärztlichen Chronik aus dem Jahre 1692 rühmlich gedacht wird, steht besonders bei allen Formen von Frauenleiden in hohem Ansehen und weist in seiner Quelle nach einer Analyse des Professors Dr. Sennhofer hauptsächlich kohlensauren Kalk, ferner kohlensaure und schwefelsaure Magnesia auf. Auch empfiehlt es sich besonders zur Nachcur nach dem Gebrauche der böhmischen Bäder, da für die Patienten speciell nach den in Karlsbad geltenden Diätvorschriften gekocht wird. Bad Froy, gleichfalls schon im sechzehnten Jahrhundert bekannt, enthält nach einer Analyse von Professor Sennhofer Eisenoxydul, Manganoxydul, Kalk, Thonerde, Magnesia an Salzsäure, Schwefelsäure an Kohlensäure gebunden, bei einer Quellentemperatur von 6,9 Grad Celsius. Ferner verdienen noch Haering, eine warme Schwefelquelle mit 39 Grad Celsius Ausflusstemperatur, sowie der erdig-salinische Säuerling von Obladis Erwähnung; bei einer Temperatur von 6,5 Grad Celsius enthält das Wasser ausser erdigen Alkalien noch halb gebundene Kohlensäure in der Menge von 0,48 und freie Kohlensäure von 1,65 Gewichtstheilen in 1000 Gewichtstheilen.

Schliesslich möchte ich noch mit einigen Worten gewisser allgemeiner Momente Erwähnung thun, die in letzter Linie ja auch als Heilbehelfe zu betrachten sind: des allgemeinen Comforts nämlich, welcher dem Leidenden geboten wird, der Verpflegung und selbst der Menschen in Tyrol, mit welchen der Patient ja mehr oder minder in Berührung kommen muss. Während der letzten zehn Jahre hat die Entwickelung des Hotelwesens in Tyrol einen Aufschwung zu verzeichnen, welcher heute bereits die besten Vorbilder der berühmten Schweizer Hotelwirthschaft erreicht und in einer Reihe von Fällen sogar übertroffen hat. Den Neubauten der letzten Jahre insbesonders kann nachgesagt werden, dass sie sich äusserlich sowohl als innerlich in glücklichster Form dem Zwecke, dem sie

entsprechen sollen, anpassen, dass für lichte, luftige, der Sonne ausgesetzte Räume reichlich gesorgt ist und dass selbst verwöhnten Ansprüchen, soferne sie sich nur innerhalb der vernünftigen Grenzen eines Sommerressorts halten, nach jeder Richtung Genüge geschieht. Wenn trotzdem in einzelnen der kleineren Orte und Badeplätze der Comfort noch einigermaassen als rückständig angesehen werden muss, so ist die Verpflegung im ganzen Lande ausnahmslos als vorzüglich, schmackhaft und gesund zu bezeichnen. Unterschiede giebt es natürlich auch hier; sie beziehen sich aber, streng genommen, nur darauf, ob man sich mit einer einfachen, kräftigen Hausmannskost zufrieden geben oder den reizvollen Sport der Alpen-Gourmandise betreiben will. Innerhalb dieser beiden Endpunkte wird jeder Gaumen nach seiner Art Befriedigung finden, wird auch derjenige, dessen Appetit anfangs noch durchaus nicht auf alpiner Höhe steht, den Reizungen der Kochkunst in Tyrol schwer widerstehen können. Das Volk schliesslich mit seinem urwüchsigen Humor, seiner kräftigen, glücklicher Weise noch wenig parfümirten Biederkeit, seinem Bestreben, dem Fremden den Aufenthalt möglichst angenehm zu machen und ihn nicht nur als Ausbeutungs-Object zu betrachten, trägt das Seine dazu bei, dass fast jeder, der einmal einen Streifzug durch das Land unternommen, oft und gern wiederkehrt.

So kann man denn, ohne in den Verdacht einer marktschreierischen Anpreisung zu kommen, ruhig behaupten, dass alle jene Qualificationen, welche den gewissenhaften Arzt veranlassen können, dem Patienten bestimmte Heilquellen in Vorschlag zu bringen, für jene des Landes Tyrol vorhanden sind. Mit bestem Gewissen darf ich daher Ihre Aufmerksamkeit auf dieses Gebiet lenken und an Sie die Bitte richten, von jenen Mittheilungen und Anregungen, welchen Sie heute in so freundlicher Weise theoretisch Gehör geschenkt haben, auch in der Praxis den weitgehendsten Gebrauch zu machen.

Referate und Kritiken.

Die paroxysmale Tachycardie. (*Anfälle von Herzjagen.*) Von Dr. August Hoffmann. Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1900.

Weder über das Symptomenbild der paroxysmalen Tachycardie, ihre Abgrenzung, welche Fälle zu ihr gehören und welche nicht, noch über die Auffassung derselben ist bis jetzt Einmüthigkeit und Klarheit erzielt worden. Im Gegentheil, die Meinungen der Autoren über die paroxysmale Tachycardie gehen weit auseinander, und während der eine bereits die leichtesten Grade von Pulsbeschleunigung, die mehr oder weniger ausgesprochen anfallsweise sind, derselben zuzählt, stehen andere wieder auf einem ganz anderen Standpunkt und verlangen, dass ausser der in Anfällen auftretenden hochgradigen Tachycardie kein anderes Leiden vorhanden sein darf, speciell keines des Herzens, um die Krankheit als paroxysmale Tachycardie zu bezeichnen. Um so dankenswerther ist es, dass Verf. es unternommen hat, an der Hand eigner Beobachtungen sowohl als der bereits über diesen Gegenstand vorhandenen Literatur das Krankheitsbild einer gründlichen Untersuchung zu unterziehen, um zur Klärung der bis jetzt noch nicht gelösten Frage der Stellung, des Wesens und der Symptome der paroxysmalen Tachycardie nach Möglichkeit beizutragen.

Verf. berichtet zunächst über 5 Fälle eigener Beobachtung. Alle fünf Fälle haben ausserordentlich viel Gemeinsames, vor allen Dingen ist der Character der Anfälle bei allen derselbe. Mit mehr oder weniger unbehaglicher Empfindung fängt das bis dahin ruhig arbeitende Herz plötzlich an zu jagen, ja zu rasen. Eine Reihe von Complicationen tritt ein, nach Stunden, Tage und Wochen langer Dauer des Anfalles tritt plötzlich, meist „mit einem für den Kranken vernehmlichen Ruck," eine Aenderung ein. Das Herz schlägt ruhig wie zuvor, der Anfall ist beendet und damit schwinden auch die übrigen Krankheitserscheinungen und in kurzer Zeit ist volles Wohlbefinden wieder hergestellt, bis der nächste Anfall wieder die Scene ändert. Das ist ein Bild ganz anders und verschieden von dem gewöhnlichen Herzklopfen. Des Weiteren berichtet H. über 130 einschlägige Fälle aus der Literatur und beleuchtet dieselben in eingehender Weise kritisch hinsichtlich Aetiologie, Pathologie und Symptomatologie.

Betreffs der Diagnose der paroxysmalen Tachycardie bemerkt Verf., dass ein Anfall derselben als solcher leicht zu erkennen ist: wer ihn einmal gesehen hat, kann ihn kaum mit etwas Anderem verwechseln. Das Characteristische daran ist der

plötzliche Beginn, die enorm hohe Pulsfrequenz bei absolut regelmässigem Rhythmus, das wenigstens bei leichteren Fällen und im Anfang der grösseren im Vergleich dazu wenig gestörte Allgemeinbefinden, das plötzliche Ende des Anfalles. Fasst man das Urtheil über die Prognose kurz zusammen, so hat zwar der einmal von Anfällen von paroxysmaler Tachycardie Befallene keine sichere Aussicht, gänzlich von den Anfällen wieder befreit zu werden, jedoch sind die Anfälle in den meisten Fällen ohne directe Gefahr und ist bei richtigem Verhalten und günstige Umstände vorausgesetzt, Aussicht auf lange Erhaltung des Lebens trotz der Anfälle vorhanden. Dies gilt für Herzgesunde. Ist das Herz erkrankt, sei es mit Klappenfehler oder Muskelerkrankung, so ist die Prognose natürlich ernster. Ein sicheres Mittel, welches in allen Fällen die Paroxysmen verhindern könnte, besitzen wir nicht. Es ist daher möglichst die Ursache der Anfälle zu bekämpfen. Druck auf den Nervus vagus am Halse und tiefe Inspirationen können die Anfälle abkürzen.

Ein reichhaltiges Literaturverzeichniss beschliesst die interessante Arbeit, deren Lectüre wir jedem Arzte empfehlen möchten.

Die Heilfactoren Bad Nauheims. Fest-Schrift zur Einweihung des am 7. März 1900 zu Tage getretenen kohlensäurereichen Thermal-Soolsprudels Quelle No. XIV. Von Professor Dr. Schott. Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1900.

Die Heilmittel, welche dem Kranken in Nauheim zur Verfügung stehen, zerfallen in drei grosse Gruppen, nämlich: 1. Badecuren; 2. Trinkcuren; 3. Therapeutische Maassnahmen allgemeiner Natur. Die wichtigste Rolle spielten von jeher in Nauheim die Badecuren, von welchen der Hauptsache nach vier verschiedene Arten zur Verwendung kommen, nämlich einfache Soolbäder, Thermalbäder, Sprudelbäder und Sprudelstrombäder. Trinkquellen sind vier vorhanden und zwar a) zwei kohlensäurehaltige Kochsalzwässer, von denen das eine (Curbrunnen) 1½ Procent, das andere (Karlsbrunnen) nicht ganz 1 Procent Kochsalz enthält; b) einen alkalischen Säuerling (Ludwigsquelle); c) einen Eisensäuerling (der Schwalheimer Brunnen), welch' letzterer, obgleich ½ Stunde entfernt, vielfach zur Verwendung kommt. Therapeutisch werden am meisten der Kurbrunnen und der Karlsbrunnen in Gebrauch gezogen. Als „Heilmittel anderer Art" stehen in Nauheim zur Verfügung die Gradirluft, Inhalationscabinet, electrische Bäder, Douchen der verschiedensten Art, Milch- und Molkencuranstalt, schliesslich Gymnastik und Massage. Die Indicationen für Nauheim sind im Grossen und Ganzen die folgenden: Erkrankungen des Circulationsapparates, Krankheiten des

Nervensystems, der Bewegungsorgane, Constitutionskrankheiten, Frauenkrankheiten, Erkrankungen der serösen Häute, des Verdauungstractus und der Respirationsorgane.

Die anorganischen Salze im menschlichen Organismus. Nach den Grundsätzen der modernen Chemie systematisch dargestellt von Dr. R. Brasch in Bad Kissingen. Erste Abtheilung. Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1900.

Das sehr lesenswerthe Schriftchen beschäftigt sich mit den Elementen, ihren physicalischen und chemischen Eigenschaften in Bezug auf den menschlichen Organismen, den organischen Salzlösungen in letzterem und schliesslich noch mit den Beziehungen der anorganischen Salzen zu den verschiedenen Zellensystemen. Das Werkchen ist gut geschrieben und für den Mediciner auch ohne besonders grosse chemische Vorkenntnisse leicht verständlich.

Die Behandlung idiotischer und imbeciler Kinder in ärztlicher und pädagogischer Beziehung. Von Wilhelm Weygandt, Dr. phil. et med. Mit 2 Abbildungen. A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch). Würzburg 1900.

Das Buch soll dem Pädagogen alles das, was von ärztlicher Seite Brauchbares zur Behandlung der Idiotie und Imbecillität geboten wird, in verständlicher und zugleich kritischer Weise darstellen, und andererseits auch dem Arzt die wichtigsten und werthvollsten Seiten der pädagogischen Behandlungsweise übersichtlich vorführen. Nach einigen einleitenden Bemerkungen geschichtlicher Natur bespricht Verf. zunächst in kurzen Zügen die Psychopathologie der Idotie und Imbecillität, um alsdann zum Haupttheil des Buches, zur Behandlung überzugehen. In prophylactischer Beziehung spielen eine bedeutende Rolle die Erblichkeit und der Alcohol. Ferner hat eine entsprechende Ueberwachung der Schwangerschaft stattzufinden. In der Hygiene des Neugeborenen beschränkt sich die prophylactische Thätigkeit des Arztes auf zweckmässige Ernährung und Pflege, sowie auf die Vorenthaltung jeglicher Alcoholgabe an das Kind, besonders in jenen zahlreichen Fällen, wo unverständige Eltern ihren kleinen Kindern als Beruhigungsmittel den Schnuller mit Bier oder als Stärkungsmittel bei Diarrhoe u. s. w. ein Löffelchen Malaga u. dergl. verabreichen wollen. Die Erfolge einer causalen Behandlung sind ziemlich dürftig. Die Bekämpfung der angeborenen Syphilis, der Rachitis und der Tuberculose kommt nur für verhältnissmässig wenige Fälle in Betracht. Gegen einige der allerwichtigsten Ursachen, Hirn- und Hirnhautentzündung in der ersten Lebenszeit, sind wir vollständig machtlos. Die operative Behandlung nach

Lannelogue, Kraniectomie, ist, weil von falschen Voraussetzungen ausgehend, verfehlt. Die Kleinheit des Hirns ist nicht Folge, sondern Ursache der Kleinheit des Schädels. Der so dürftigen causalen Therapie steht nun ein reicheres Feld symptomatischer Indicationen gegenüber, und demgemäss hat Verf. der symptomatischen Behandlungsweise ein besonders eingehendes Capitel gewidmet, auf dessen Inhalt leider an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden kann. Zum Schlusse findet sich noch ein Abschnitt über das Anstaltswesen, und ein eingehendes Verzeichniss der bestehenden Anstalten mit einer kurzen Characterisirung der besonderen Art und Einrichtung dürfte dem practischen Arzte ganz besonders willkommen sein. Literaturverzeichniss und Sachregister vervollkommnen das interessante Werkchen.

Lerne gesundheitsgemäss sprechen. Uebungen zur Pflege der Sprechorgane nebst kurzer Einführung in das Wesen der Sprechkunst. Gemeinfasslich dargestellt für Berufsredner und Sänger. Von Professor C. R. Hennig. Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden.

Zweck und Inhalt des kleinen Büchleins sind durch seinen Titel zur Genüge bezeichnet. Die Lectüre desselben empfiehlt sich besonders auch für den Arzt.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Münchener Medicinische Wochenschrift.

1) H. Meyer: *Ueber subcutane Paraffininjectionen.*

Vor Kurzem hat Gersuny Mittheilungen gemacht über erfolgreiche Einspritzungen eines Paraffingemisches unter die Haut und in Organparenchyme zur Erzielung dauernder, functionell oder kosmetisch vortheilhafter Gestaltsveränderungen, „subcutaner Prothesen." Nachdem bereits von anderer Seite auf den bei diesem Verfahren möglichen Eintritt von Embolien in Lunge oder Hirn aufmerksam gemacht wurde, hat M. Versuche angestellt, die das Schicksal des eingeführten Paraffins erkennen lassen sollten. Dabei ergab sich das wichtige Resultat, dass subcutan injicirtes Paraffin (ebenso wie andere mit den Gewebsäften nicht mischbare Flüssigkeiten, als Olivenöl, Quecksilber) sich diffus in den Spalträumen des Bindegewebes verbreitet und durch dieselben — zunächst mit Umgehung der Lymphgefässe — in die Körperhöhlen, Bauch-, Brust-, Schädel-, Knochenhöhlen u. s. w. gelangt. Nach Monaten findet theilweise auch ein Uebergang in die eigentlichen Lymphgefässe

und Lymphdrüsen statt. Als treibende Kräfte sind in wechselndem Maasse betheiligt Wachsthumsvorgänge im Bindegewebe, Muskelbewegungen und namentlich die Schwerkraft. Wenn nun auch kleine in den Körperhöhlen und Lymphbahnen verbreitete Paraffinmassen ohne merklichen Schaden mögen ertragen werden, so ist das von grösseren Mengen sicher nicht zu erwarten; solche bedenkliche Mengen kämen z. B. bei einer subcutanen Mammaprothese in Frage. (1901 No. 11.)

2) A. Kühn: *Klinische Erfahrungen über die Behandlung der Lungentuberkulose mit intravenösen Zimmtsäureinjectionen* (*Hetol*).

In der medicinischen Klinik zu Rostock wurden mit Hetolininjectionen Versuche gemacht bei einem zur Zeit zur Verfügung stehenden, nicht ausgewählten Material. Zur Verwendung kam eine 10proc. Lösung von Hetol in zugeschmolzenen Glastuben, die sich durchwegs steril erwies. Nach Abbrechen der Glasspitze und Eröffnung der Tube wurde der Inhalt direct vermittels einer Pravazspitze intravenös injicirt (Armvene). Die Technik war dabei leicht, die durch eine um den Oberarm gelegte Gummibinde gestauten Venen liessen sich meist sofort treffen und die Injection war dabei völlig schmerzlos. Irgend eine locale Reaction wurde, da stets aseptisch verfahren wurde, niemals bemerkt. Ein Verfehlen der Vene, das selten vorkommt, liess sich sofort an dem Vorwölben der betreffenden Hautstelle und der geringeren Beweglichkeit der Nadel (die in die Vene eingestochene Nadel bewegt sich frei im Lumen derselben) erkennen. Die Dosirung geschah genau nach den Angaben Landerer's, es wurde in allen Fällen mit 0,01 begonnen und jeden zweiten Tag injicirt. Die Steigerung der Dosis richtete sich nach dem Allgemeinbefinden und den etwaigen Reactionen oder Klagen, meist betrug sie mit jeder Injection ½ mg. Es wurden im Ganzen 11 Fälle auf diese Weise behandelt, und wenn sich M. auch nicht für berechtigt hält, auf Grund dieser im Sinne Landerer's keineswegs einwandfreien Versuchsreihe irgend einen Schluss auf die Wirkungsweise des Hetols zu ziehen, so erhielt er durch dieselbe doch die Bestätigung, dass das Hetol in keiner Weise schädlich wirkt, dass namentlich die intravenösen Injectionen, nach Vorschrift ausgeführt, gut vertragen werden und auch in der Hand des practischen Arztes anwendbar sind. Die geringen Erfolge, welche auf der Rostoker Klinik gesehen wurden, können ebenso gut dem Wechsel der Lebensweise der Patienten, der besseren Verpflegung und der für die Nahrungsaufnahme nicht unwichtigen psychischen Wirkung zugeschrieben werden. Dagegen hat sich M. von dem Nutzen des Hetols noch nicht überzeugen können und giebt zu, dass zur Erreichung dieses Zieles eine bessere Auswahl der Fälle und eine längere Behandlungszeit wohl

erforderlich ist. Somit wird es wohl hauptsächlich Sache der Heilstätten sein, die weitere Prüfung des Mittels in die Hand zu nehmen. (1901 No. 12.)

3) A. Nusch: *Weitere Mittheilungen über den therapeutischen Werth von Heroin und Aspirin.*

Was zunächst die Dosirung des Heroins anbelangt, so wurde von demselben am Krankenhause zu Nürnberg bei leichteren Fällen 0,005 2—3 mal am Tage, bei starkem Husten Morgens und Mittags 0,005, Abends vor dem Schlafe 0,01 gegeben. Ueber 0,01 pro dosi wurde fast niemals hinausgegangen. Die Verabreichung geschah fast ausschliesslich in Pulverform; von subcutaner Anwendung, wie sie in neuerer Zeit von Eulenburg, Wiesner etc. gemacht und empfohlen wurden, wurde abgesehen. Nebenwirkungen wurden niemals beobachtet, ebenso wenig ein ungünstiger Einfluss auf Herzaffectionen, so dass Verf. der Ansicht Brauser's beipflichten kann, dass Heroin nach klinischer Erfahrung entschieden nicht giftiger ist wie Morphin. Penzoldt giebt in der 5. Auflage seines Lehrbuches der klinischen Arzneibehandlung für Heroin an, man dürfe die Dosis von 0,003 nicht übersteigen. Nach den im Nürnberger Krankenhaus gemachten Erfahrungen ist dieselbe für Erwachsene entschieden zu niedrig gegriffen. Kleinere Dosen als 0,005 sollen nicht angewandt werden, und um für die Nacht eine einigermaassen nachhaltige Wirkung zu erzielen, waren 0,01 nöthig. Seit März 1900 wurde das Heroin im Nürnberger Krankenhaus in über 200 Fällen angewandt, insbesondere bei Tuberculosis pulmonum in den verschiedensten Stadien, wozu ein täglicher Krankenstand von durchschnittlich 40 Phthisikern reichlich Gelegenheit bot. Obenan steht zunächst die hustenreizstillende Wirkung des Heroins, die in weitaus den meisten Fällen eine prompte war. Eine direct schlaferzeugende Wirkung, wie es bei Morphium der Fall ist, kommt nach den Beobachtungen des Verf. dem Heroin nicht zu. Dagegen wirkt es, namentlich in abendlichen Dosen von 0,01 indirect schlaffördernd. In Folge der hustenstillenden, reizmildernden Wirkung des Heroins wird die Zahl der Hustenanfälle herabgesetzt und der Patient dadurch im Schlafe seltener gestört. Angewöhnung im Sinne von Morphium konnte N. nicht beobachten; man kann Heroin wochen- und monatelang geben, ohne dass die Wirkung gerade schwächer wird. Auf die Temperatur scheint Heroin nach den gemachten Beobachtungen ohne Einfluss zu sein. Erfahrungen über die schmerzstillende Wirkung des Heroins stehen N. persönlich nicht zur Seite, doch scheinen hierüber die Ansichten der verschiedenen Beobachter noch ziemlich weit auseinander zu gehen. Wenn N. die bisher am Nürnberger Krankenhaus bei ausgedehnter Anwendung gewonnenen therapeutischen Resul-

tate über Heroin überblickt, so möchte er dasselbe als Hustenmittel dem Morphium im Allgemeinen an Wirkung gleichstellen, in vielen Fällen jedoch, speciell bei Phthisikern, sogar wegen seiner Milde vorziehen. Auch bei leichteren dyspnoischen Zuständen ist Heroin brauchbar, bei schweren Fällen dagegen in der Wirkung nicht immer sicher. Ueble Nebenwirkungen wurden niemals beobachtet; jedenfalls ist Heroin nach klinischer Erfahrung nicht giftiger wie Morphin.

Das Aspirin, der Essigsäureester der Salicylsäure, ist gleichfalls als werthvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes zu betrachten. Dasselbe ist seit etwa 1½ Jahren am Nürnberger Krankenhaus im Gebrauch; es wurde bisher in ca. 500 Fällen angewandt und zwar in erster Linie als Antirheumaticum. Als solches übertrifft es das bei Behandlung von Rheumatismen bisher im Vordergrund stehende Natrium salicylicum in mannigfacher Beziehung. Kopfschmerz oder leichtes Ohrensausen wurde bei Aspirin nur selten und auch nur bei besonders empfindsamen Patienten beobachtet. Erbrechen trat niemals auf, auch nicht bei Magenkranken. Vermöge seines angenehm säuerlichen Geschmackes wurde Aspirin stets gerne genommen, selbst von solchen Patienten, die in Folge früherer Behandlung mit salicylsaurem Natron eine gewisse Scheu vor allen Salicylpräparaten an den Tag legten. Als Antirheumaticum wurde Aspirin sowohl bei acutem, wie chronischem Gelenkrheumatismus angewandt und bewirkte fast ohne Ausnahme oft schon nach wenigen Tagen zunächst prompten Nachlass der Schmerzen. Grosse seröse Gelenkergüsse sah N. bei Aspirinbehandlung bereits nach kurzer Zeit verschwinden. Auch bei rheumatoiden Schmerzen, wie Reissen in Armen und Beinen, ferner bei Muskelrheumatismus, sowie Lumbago, konnte er sich von der prompten und günstigen Wirkung des Aspirins überzeugen. Verf. möchte folgende Darreichungsweise des Aspirins als sehr zweckdienlich in Vorschlag bringen: Am 1. Tage erhält der Patient 5 mal je 1 g, am 2. Tage 4 mal 1 g und so fort in gleichem Verhältniss abfallend bis auf täglich 2 mal je 1 g. Sind die krankhaften Erscheinungen bei dieser einmaligen Cur noch nicht völlig geschwunden, so wird dieselbe in gleicher Weise wiederholt. Ebenso wie als Antirheumaticum ist Aspirin auch in seiner Wirkung als Antineuralgicum beachtenswerth. Die antipyretische Wirkung des Aspirins tritt in der Regel nach 1 bis 2 Stunden ein. In den günstigen Fällen genügten schon 2 mal 0,25 g Aspirin, um die Temperatur bei Phthisikern den ganzen Tag über auf der Norm zu halten. Häufig sind jedoch Gaben von 3 mal 0,25 g, in anderen Fällen auch 3 mal 0,5 g nöthig. Das Anwendungsgebiet für Aspirin ist also ein ziemlich ausgedehntes. Nicht nur als Antirheumaticum, sondern auch als Antineuralgicum, Analgeticum und Antipyreticum leistet Aspirin sehr gute Dienste. Ohne die

beim Salicyl gefürchteten Nebenerscheinungen herbeizuführen, besitzt es dessen specifische Eigenschaften und verdient somit als vollwerthiger Ersatz desselben weiteste Beachtung. (1901, No. 12.)

4) Niessen: *Ueber Tripperbehandlung mit Protorgol.*

Vom October 1899 bis Ende September 1900 hatte Verf. 236 Tripperfälle im Garnisonslazareth München zu behandeln und verwandte er für das Gros der acuten Erkrankungen des vorderen Harnröhrentheils Protargol. Auf Grund der auf diese Weise behandelten Fälle fasst er seine Ansicht über Protargol in folgender Weise zusammen: 1. Protargol lässt die Gonococcen etwa in derselben Zeit (durchschnittlich Ende der 3. Woche) bei acuten Erkrankungen des vorderen Harnröhrentheils aus dem Secret verschwinden wie Arg. nitr. 2. In ½ und ¾ proc. Lösungen verursacht es so gut wie ausnahmslos keine Beschwerden. 3. In Bezug auf Hervorrufung von Complicationen, wenn es auch ihr Auftreten und namentlich das Aufsteigen in den hinteren Harnröhrentheil nicht zu verhindern vermag, ist es undenklicher als Arg. nitr. 4. Für das mucöse und seröse gonococcenfreie Stadium scheinen Adstringentien besser zu wirken, als Protargol. 5. Eine wesentliche Abkürzung gegenüber den besten früheren Methoden bedeutet die Protargolbehandlung nicht. (1901, No. 12.)

5) O. Schulze: *Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre.*

Verf. hat sich als das in den meisten Fällen gute Erfolge gebende Mittel eine Camphersalbe erwiesen, von ähnlicher Zusammensetzung wie viele sogen. Frostsalben. Meist verschreibt er: Rp. Camphor. trit. 2,0, Zinc. oxydat. 15,0 bis 20,0, Adip. suill, ad 100,0. Als Salbengrundlage nimmt er gewöhnlich Schweineschmalz, weil er die Erfahrung gemacht hat, dass es den Leuten angenehmer ist als Vaselin oder Lanolin. Selbstverständlich kann die Salbe sehr abgeändert werden, auch andere Zusätze können dazu kommen. Wird eine solche Salbe nicht vertragen, so ist Sch. oft zum Ziele gekommen mit einer Auflösung von Camph. trit. 2,0 in Ol. Olivar. 50,0 und dazu 40,0 bis 50,0 Zinc. oxydat. Vor dem Gebrauche tüchtig zu schütteln. Läppchen, damit getränkt, werden auf die Geschwüre gelegt. In nicht sehr häufigen Fällen kann man auch Mull, mit Campherwein befeuchtet, auflegen. Es wirkt vorzüglich, ist aber leider meist zu schmerzhaft. Bei zwei- bis dreimaligem Verbandwechsel kommen nach Verf. auf diese Weise der Behandlung die meisten Geschwüre zur Heilung. Nur sehr grosse Geschwüre, besonders wenn die Kranken sehr wenig Ruhe haben, sehr viel stehen und gehen müssen, kommen auch hierbei nicht zur Heilung, ebenso kommt natürlich eine Heilung nicht zu Stande, wenn die Leute zu unsauber und zu nachlässig

sein, oder wenn die Kranken keine Heilung wollen, entweder weil sie fürchten, nach der Heilung eines solchen Geschwüres müssten sie sterben, ein sehr verbreiteter Glaube, oder weil sie das Bestehen eines solchen Geschwüres vor dem Arbeitshause schützt. Sonst wird der Campher selten versagen und ist derselbe nach der Ansicht des Verf. mit Unrecht zu Gunsten der vielen neuen Mittel zurückgesetzt worden. (1901, No. 12.)

6) J. Papasotiriu: *Ueber den Einfluss der Kohle auf den Tuberkelbacillus.*

Es ist eine anerkannte Thatsache, dass bei Leuten, die sich mit Kohlen beschäftigen (Kohlenarbeitern, Bergleuten etc.), die Sterblichkeit an der Tuberculose eine erheblich niedrigere ist, als bei anderen Staubarbeiten, die, wie die Steinmetzen, Mühlarbeiter, Bildhauer, in ganz hervorragender Weise von Lungenschwindsucht dahingerafft werden. Dieser Befund wird um so auffallender, wenn man sich klar macht, wie schlecht die hygienischen Verhältnisse oft sind, unter denen Kohlenarbeiter leben, so dass man eine ausserordentliche Disposition für Tuberculose erwarten sollte. Zur Erklärung dieses Verhaltens der Kohlenarbeiter der Tuberculose gegenüber sind verschiedene Hypothesen aufgestellt worden. Verf. hat nun Untersuchungen angestellt, die sich auf die Frage beziehen: Lässt sich in vitro eine Schädigung von Tuberkelbacillen durch Kohlenpulver nachweisen? Er begann seine Versuche erst mit der im Verhältniss zu der Tuberculose rasch wachsenden Pseudotuberculose und zwar mit der, die in den Laboratorien gewöhnlich nach ihrer Entdeckerin mit „Rabinowitsch" bezeichnet wird. Alle Arten von Kohle, Thier-, Holz- und Steinkohle, die er zu den Versuchen verwandte, wurden fein pulverisirt und sterilisirt. Was die Reaction der Thierkohle anbelangt, so war dieselbe neutral. Aus den ersten Versuchen ergab sich, dass bei Röhrchen, die mit 0,1 der verschiedenen Kohlearten versetzt waren, das Wachsthum gleich dem auf der Controle war, dass aber dasselbe in den mit 0,5, 1,0 und 1,5 versetzten Röhrchen von Holz- und Steinkohle etwas an Breite abnahm. Stärker war die Schädigung in den Röhrchen, die mit Thierkohle versetzt waren; bei diesen sah man eine Abnahme, die deutlich um so grösser war, je mehr Kohle zugesetzt wurde. Dieses Resultat und die damals gleichzeitig publicirte Beobachtung von A. Fränkel-Wien, der mit Injection von Kohlenpulver anstatt Jodoform in tuberculöse Gelenke Besserung und sogar Heilung erzielt haben wollte, gab P. Veranlassung, zu glauben, dass die Kohle hemmend auf das Wachsthum einwirke. Dies war aber bei 4 weiteren Versuchen, in denen die ganze Reihe wiederholt wurde, nicht der Fall, und P. glaubt daher, die scheinbar hemmende Einwirkung, die besonders bei der Thierkohle im ersten Versuch zu sehen war, auf einen Zufall zurückführen

zu müssen. Wiederholte Versuche nämlich, bei denen er die Dosis der Kohle bis 2,0 steigerte, ergaben, dass die Kohle keinen Einfluss hat und überall das Wachsthum so gut wie auf der Controle zu sehen war. Ja in vielen Fällen sogar, bei denen der Zusatz der Kohle 1,0 und 1,5 war, fand er ein üppigeres Wachsthum als auf der Controle. Die gleichen Resultate, d. h. keinen Einfluss der Kohle auf die Glycerinagarcultur, fand er bei echter Tuberculose. (1901, No. 13.)

7) W. Albert: *Ueber die Behandlung aer Geburt beim engen Becken durch die Wendung mit sofort sich anschliessender Extraktion.*

Verf. fasst die Grundsätze für die Behandlung der Geburt bei engem Becken in folgender Weise zusammen: Soweit es sich um die mittleren Grade der Beckenverengerung, also die Becken mit einer Conjugata vera von 7—9½ cm handelt, ist bei Erstgebärenden auf spontane Geburt hinzuarbeiten, bei Mehrgebärenden zunächst auf Wendung, ohne aber ausser Acht zu lassen, dass auch bei diesen eine spontane Geburt möglich ist. Bei allen Gebärenden dieser Gruppe ist vor allen Dingen vollständiger Muttermund und stehende Blase die beste Vorbedingung zu jeder Art des Geburtsverlaufes, desshalb Colpeuryse (event. bei bereits gesprungener Blase auch intrauterines Einlegen des Colpeurynters mit Benutzung seines Gummischlauches als elastischen Zug). Im weiteren Verlauf bei Erstgebärenden Sprengen der Blase, Walcher'sche Hängelage; bei Mehrgebärenden dasselbe, sofern der Kopf gut eingestellt auch nur mit einem Segment im Beckeneingang steht; bei schlechter Einstellung oder Hochstand des Kopfes sofortige Wendung und Extraction, wenn der Muttermund vollständig erweitert ist. (1901, No. 14.)

8) K. Barth: *Ueber einen Fall von Aneurysma der aufsteigenden Aorta, der mit subcutanen Gelatine-Injektionen behandelt wurde.*

Als Resultat der Behandlung konnte Verf. feststellen, dass Patient nach der Cur weniger Athembeschwerden, Schwindel und Schmerzen auf der Brust, im Rücken und in den Armen hatte, als vorher, die Geschwulst in der r. Infraclaviculargegend sich wesentlich verkleinert hat und härter geworden ist, die Pulsation derselben für's Gesicht und Tastgefühl geringer geworden und die Pulsdifferenz nicht mehr so sinnfällig war wie früher. Verf. glaubt jedoch nicht verhehlen zu dürfen, dass wir in Betreff der Schlussfolgerungen aus der Besserung sehr vorsichtig sein müssen. Einmal können die bei der Cur zu beobachtende Bettruhe, Diät, der Leiter'sche Kühler, genügend lange Zeit angewendet, ganz gut allein das Allgemeinbefinden bessern, die neuralgischen Schmerzen in der Brust, dem Rücken

und den Armen, die Athembeschwerden beseitigen. Auch die Verkleinerung des Dämpfungsbezirkes des Aneurysmas, das Schwächerwerden der fühlbaren und sichtbaren Pulsation, der acutischen Phänome, das Verschwinden der Pulsdifferenz sind wohl nicht allein auf Conto der Gelatinecur zu setzen, sondern auch der Wirkung der übrigen Heilfactoren zuzurechnen. Dagegen dürfte schon die Verkleinerung und Verhärtung des pulsirenden Aneurysmas zu Gunsten einer Gerinnung im Aneurysma wesentlich durch die Gelatine zu verwerthen sein. B. ist der Ansicht, dass wenn auch eine erschöpfende ursächliche Erklärung der Erfolge der Cur zur Zeit nicht möglich ist, man sich doch nicht ablehnend der Anwendung derselben gegenüber verhalten darf, zumal da es sich bis jetzt um die einzige aussichtsvolle Chance, die sich bietet, handelt und die Cur, nach Vorschrift und mit Vorsicht geleitet, keine Gefahren birgt. (1901, No. 14.)

SITZUNGSBERICHTE.

Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York.

110 West 34. Strasse.

Sitzung vom 23. November 1900.

Vorsitzender: Dr. Schapringer.

Vorstellung von Patienten.

1) Dr. Leviseur: Fall von Lichen ruber planus.

Der Fall von Lichen ruber planus, den ich mir Ihnen hier vorzustellen erlaube, ist ein sehr typischer und deshalb wohl von Interesse. Der Patient ist 35 Jahre alt, Drucker von Profession. In seinem 22. Jahre begann er an einem Nierenleiden zu erkranken und noch heute zeigt sein Urin eine mässige Quantität Eiweiss. Im Juli dieses Jahres stellte sich der gegenwärtige Hautausschlag ein, angeblich nach zahlreichen Mosquitobissen, zuerst an den Händen und Armen, dann auch zerstreut am Körper und am Penis und schliesslich im Munde, den Backenzähnen gegenüber. Die Primär-Läsion ist ein wachsartig glänzendes, blauröthliches Knötchen. Durch Zusammenfliessen dieser Läsionen entstehen grössere, mit oberflächlichen Schuppen bedeckte Plaques. Im Munde sind Knötchen nicht wahrnehmbar, sondern nur strichförmige perlmutterglänzende Streifen zu sehen. Eigenthümlicherweise — wie es

jedoch gelegentlich vorkommt — ist das Jucken nur milde. Auf der Handfläche sind schwielige Verdickungen vorhanden. Die Krankheit befällt, wie Sie wissen, mehr Männer als Frauen und ist in den mittleren Lebensjahren am häufigsten. Bei ganz jungen Kindern kommt Lichen ruber planus wohl vor, jedoch habe ich derartige Fälle persönlich noch nicht beobachtet, dagegen mehrere bei Männern über 70 Jahre. Was die Aetiologie anbelangt, so sind wir noch ziemlich im Dunkeln. Der von Lassar gefundene Bacillus wird von den meisten Beobachtern noch in Frage gestellt. Vielfach wird gesagt, dass es sich um eine Nervenaffection handele. Doch sind die Anhaltspunkte für diese Behauptung recht schwach. Allgemeine nervöse Symptome trifft man ja auch bei anderen Hautaffectionen; namentlich bei solchen, die mit heftigem Jucken und dadurch verursachten schlaflosen Nächten verknüpft sind. Die Prognose ist günstig, besonders bei zweckentsprechender Therapie, und da möchte ich gleich ganz besonders der Arsen-Medication das Wort reden. Man muss langsam und mit kleinen Dosen anfangen und schliesslich die letzteren so in die Höhe bringen, dass sich eine leichte Intoxication einstellt. Dieselbe erkennt man sofort an dem Erscheinen von Trockenheit im Hals, leicht geschwollenen Augenlidern und mässiger Conjunctivitis. Die Fowler'sche Solution wird am besten vertragen, nur muss man sie, wie das hier jüngst einmal von Dr. A. Jacobi hervorgehoben wurde, reichlich mit Wasser verdünnt verabreichen. Aeusserlich hat mir die Unna'sche Salbe gute Dienste geleistet. Sie enthält 4 Procent Carbolsäure und 1 zu 1000 Sublimat. Die Carbolsäure, sowohl wie das Sublimat können langsam gesteigert werden. In diesem Falle hier muss natürlich wegen der vorhandenen Nierenaffection ganz besonders vorsichtig zu Werke gegangen werden. Doch glaube ich nicht, dass genügender Grund vorhanden ist, die wirksame Waffe der Arsen-Medication bei Seite lassen zu müssen. Beim Abheilen der Flecken bleibt häufig tiefbraune Pigmentation zurück. Einen solchen Fall hatte ich die Ehre vor ungefähr zwei Jahren hier vorzustellen.

Discussion. Dr. Heitzmann: Der von Dr. Leviseur vorgestellte Fall ist ein recht typischer. Wie mir scheint, treten diese Fälle von Lichen ruber planus hier in der Stadt zeitweise epidemisch auf. Ich selbst habe in den letzten 2—3 Monaten einige Dutzend solcher Fälle gesehen, während man manchmal ein ganzes Jahr hindurch keinen Fall zu Gesicht bekommt. Ich glaube, Dr. Leviseur giebt sich einer grossen Täuschung hin, wenn er meint, dass er diese Fälle mit Arsen heilen könne. Ich möchte ihn ferner fragen, wie alt der jüngste Fall war, den er gesehen hat. — Dr. Leviseur: 18 Jahre. — Dr. Heitzmann: Ich habe jetzt zwei Fälle in Behandlung, ein Kind von 6 und eines von 8 Jahren. Ich habe seit einiger Zeit die Behandlung mit Arsen aufgegeben. Was die äussere Behandlung betrifft, so haben wir zwar kein Mittel, das uns in jedem Falle Garantie bietet, allein ich muss doch sagen, dass mir eine Salicylsalbe mehr Dienste geleistet hat, als irgend ein anderes Mittel. — Dr. A. Jacobi: Wie verhält sich der Harn bei Lichen ruber planus? Ist hier nicht auffallend viel Harnsäure vorhan-

den? — Dr. Heitzmann: Mir ist dies nicht aufgefallen. — Dr. Leviseur: Ich habe doch vom Arsenik viele gute Erfolge gesehen, so dass ich diese Art der Behandlung nur empfehlen kann. Dass manche Fälle nicht darauf antworten, will ich gerne zugeben. Bei der Arsenbehandlung muss man in der gründlichsten Weise vorgehen; man muss mit der kleinsten Dosis anfangen und den Patienten bis zu den ersten Symptomen der Intoxication kommen lassen. Ich möchte Herrn Dr. Heitzmann gegenüber doch bemerken, dass ich selbst die besten Resultate mit dem Arsenik erzielt habe. Auch sind die Autoritäten, namentlich in Deutschland, so für diese Behandlung eingenommen, dass allgemein constatirt wird, dass der Verlauf der Affection seit Durchführung der Arsen-Medication im Allgemeinen ein bedeutend milderer geworden sei.

2) Dr. Koller: Fall von Glaucom im jugendlichen Alter.

Die betreffende Patientin leidet seit einer Reihe von Jahren an Prodromalanfällen, welche sich hie und da zu typischen acuten Glaucomanfällen steigern. Die Diagnose wurde von mehreren Augenärzten hintereinander gelegentlich der Bestimmung der Refraction gemacht. Bei Anwendung von Atropin bekam die Patientin jedesmal einen wohlausgeprägten Glaucomanfall. Dies erklärte dann die Beschwerden, welche vorher für asthenopisch (durch die Refractionsanomalie bedingt) gehalten wurden. Die Patientin kam vor 2 Jahren im Alter von 28 Jahren in Dr. Koller's Behandlung. Damals litt sie schon mehrere Jahre lang an den beinahe täglich, insbesondere nach Aufregungen, sich einstellenden Anfällen. Abgesehen davon, dass Pat. in hohem Grade neurotisch veranlagt ist, ist sie gesund; eine erbliche Belastung bezüglich des Glaucoms ist nicht vorhanden. Auf Bitten der Patientin nahm Dr. K. am linken Auge die Operation vor. Nach der Iridectomie sistirten die Beschwerden auf dem betreffenden Auge so prompt, dass Patientin nun um Operation an dem anderen Auge bittet. Dieser Fall zeigt wiederum die segensreichen Wirkungen der Iridectomie bei primärem Glaucom mit Anfällen auch im jugendlichen Alter, eine Thatsache, welche von manchen Augenärzten in Zweifel gezogen wird.

Discussion: Dr. Guttman: Ich möchte fragen, welcher Nationalität und welcher Religion die Patientin angehört. Die jüngste Patientin, die ich mit Glaucom sah, war 28 Jahre alt und war eine russische Jüdin. Ich möchte ferner fragen, welches die Beschwerden waren, die Pat. zum Arzte führten. Was sodann die Einträufelung von Atropin behufs Feststellung der Diagnose anbelangt, so weiss ich nicht, ob dieselbe immer am Platze ist, da dieselbe von bedeutenden Nachtheilen gefolgt sein kann. — Dr. Koller: Die Pat. ist eine Jüdin, jedoch weiss ich nicht, woher sie stammt. Alle ihre übrigen Familienmitglieder haben blaue Augen. Pat. hatte Prodromalerscheinungen, und ich konnte es nicht glauben, dass ein so jugendliches Individuum an Glaucom leide, war vielmehr der Ansicht, dass es sich um Refractionsstörungen

handele. Ich habe Atropin eingeträufelt, um die Refraction zu bestimmen und rief dadurch einen glaucomatösen Anfall hervor. Ein anderer, sehr erfahrener College that dasselbe.

3) Dr. W. Hirsch: Fall von progressiver Paralyse bei einem 18-jährigen Jungen.

4) Dr. W. Hirsch: Rückenmarksläsion organischer Natur im 8. Dorsalsegment.

Discussion. Dr. B. Sachs: Der Fall ist ungemein schwierig zu beurtheilen. Es ist natürlich selbstverständlich, dass, wenn Pat. auch einige hysterische Symptome bieten würde, man dadurch eine organische Erkrankung nicht ausschliessen kann. Was die Diagnose in diesem Falle anbetrifft, so glaube ich, dass dieselbe nicht leicht zu stellen ist. Vor allen Dingen kommt es darauf an, genau festzustellen, in welcher Reihenfolge sich die Symptome entwickelt haben, ob diese doppelseitige Serratuslähmung nicht schon längere Zeit bestanden hatte, ehe die Sensibilitätsstörungen sich einstellten. Was nun die Sensibilitätsstörung anbelangt, so ist dieselbe durchaus nicht characteristisch weder für Hysterie noch für Gliose. Es sind dies meiner Ansicht nach Sensibilitätsstörungen, wie wir sie fast ausschliesslich als Wurzelsymptome auffassen. Diese Art von Hyperästhesie kommt meist nur bei solchen Processen vor, bei denen ein Reiz auf die Wurzeln ausgeübt wird. Functionell könnte das ja der Fall sein. Die Sensibilitätsstörungen decken sich ferner hier absolut nicht mit den motorischen Störungen. Wie schon gesagt, ist für Gliose die Sensibilitätsstörung absolut nicht characteristisch. Bei letzterer findet man, dass die tactile Empfindung normal ist, während Schmerzempfindung und Temperatursinn herabgesetzt sind. Ausserdem muss ich sagen, dass diese Gliose sich doch auf ein ungemein enges Gebiet beschränken müsste, wenn man die motorichen und sensiblen Symptome zusammennimmt. Ferner ist das Krankheitsbild für eine Gliose sehr wenig progredient. Ich kann mich desshalb der Ansicht des Collegen Hirsch nicht anschliessen, dass es sich hier überhaupt um einen intramedullären Process handelt. Ich glaube vielmehr, dass es sich hier um einen extraspinalen Process handelt und zwar um einen solchen, der hauptsächlich von den Meningen ausgeht und bei dem die vorderen oder hinteren Wurzeln durch ein Exsudat oder irgend einen anderen pathologischen Process comprimirt werden. — Dr. Moschcowitz: Der Fall interessirte mich seiner Zeit ganz ausserordentlich und ich erinnere mich ganz genau, dass damals Dr. Hirsch die Diagnose in der Weise stellte, als handele es sich um eine Erkrankung im 8. Dorsalsegment. Nun wird der Serratus anticus vom N. thoracicus longus, der vom Plexus brachialis kommt, innervirt. — Dr. W. Hirsch: Was zunächst die Sensibilitätsstörung anbelangt, so muss ich doch sagen, dass ich nicht der Ansicht bin, dass die Qualität derselben den Wurzelsymptomen entspricht. Wir haben bei Wurzelsymptomen in erster Linie directen Schmerz, der blitzartig ausstrahlt. Es handelt sich hier mehr um eine Parästhesie. Was nun die Ausdehnung der Sensibilitätsstörung betrifft, so war in der Zeit, zu welcher ich Pat.

zuerst hier vorstellte, die obere Grenze durch eine Linie gegeben, die horizontal durch den Processus ensiformis ging. Diese Zone nun hat sich seit jener Zeit wesentlich ausgedehnt, die Krankheit ist daher progredient. Wir haben durchaus keine stabilen Symptome. Die Atrophie der Schultermusculatur hat ebenfalls wesentliche Fortschritte gemacht. Es handelt sich hier nicht um ein enges Gebiet. Der Ausgangspunkt ist allerdings das 8. Dorsalsegment, der Process ist aber fortgeschritten und in die Höhe gestiegen. Ich habe niemals gesagt, dass der Serratus vom 8. Dorsalsegment versehen wird, sondern nur dass da die Erkrankung ihren Anfang genommen hat. Die Ausdehnung auf dem Querschnitt ist allerdings eine geringe, allein dies spricht gerade für eine intramedulläre Erkrankung. Was die Theorie eines Tumors anbelangt, so ist ein solcher mit Sicherheit auszuschliessen. Bezüglich der Aufeinanderfolge der Symptome kann ich sagen, dass die Serratuslähmung der Sensibilitätsstörung lange Zeit nachgefolgt ist. Der Kranke hat vor 4 Jahren zuerst über Sensibilitätsstörung geklagt, vor ca. 1 Jahre wurde er im Mount Sinai Hospital untersucht und behandelt, und Niemand hat bei dieser Gelegenheit eine Serratuslähmung constatirt. Erst später klagte Pat. über Schwäche in den oberen Extremitäten.

5) Dr. F. Kammerer stellt zwei Fälle von Carcinoma ventriculi vor, bei welchen der grössere Theil des Magens mit Pylorus durch Resection entfernt worden ist. Der erste Patient ist 31 Jahre alt, und ist seit 8 Monaten erkrankt. Er wurde im Deutschen Hospital aufgenommen mit einer Krankengeschichte, die auf eine allmählige Verengerung des Pylorus hinwies. Der Patient bot ein recht cachectisches Aussehen dar. Ein ziemlich beweglicher, faustgrosser Tumor war deutlich im Epigastrium zu fühlen. Der Magen nach Probefrühstück enthielt keine Salzsäure, dagegen Milchsäure. Der Magen war stark vergrössert. Bei der Laparotomie fand sich der Pylorus, die ganze kleine Curvatur bis zur Cardia, im übrigen ungefähr die Hälfte des Magens vom Carcinom ergriffen. Nach Ligatur des grossen und kleinen Netzes wurde mit Hülfe der neuen Koch er'schen Klammern die ganze Masse weit im Gesunden resecirt, wobei auch mehrere infiltrirte Drüsen im kleinen Netz entfernt wurden. Die offenen Enden des Magens und Duodeums wurden nun mit einer doppelten Reihe Seidennähte geschlossen und eine hintere Gastroenterectomie mittels Murphy-Knopf ausgeführt. Die grössten technischen Schwierigkeiten machte die Verschlussnaht an der Cardia nach Entfernung der ganzen kleinen Curvatur. Patient erholte sich schnell und nahm 20 Pfund in 2 Monaten an Gewicht zu. Der Knopf ging am 17. Tage ab. — Der zweite Fall betraf einen Mann von 45 Jahren, der sich seit 4 Monaten krank fühlte. Bei der Operation, die in Bezug auf die Technik mit der vorher beschriebenen völlig übereinstimmt, fand sich wiederum der Pylorus, der grössere Theil der kleinen Curvatur, aber etwas weniger vom Magen selbst ergriffen. Der Kopf des Pancreas musste vom Duodenum etwas abgelöst werden, um den Verschluss des letzteren zu ermöglichen. Auch hier wurde eine hintere Gastroenterostomie als letzter Act der Operation gemacht. Der Patient genass ohne Zwischenfall.

6) Dr. Freudenthal: Fall von Tuberculose der Tonsillen. (Der Fall ist in der Februarnummer ds. Jahrganges der Monatsschr. als Originalarbeit publicirt.)

Discussion. Dr. Langmann: Ich möchte nur kurz fragen, wie Dr. Freudenthal sich eigentlich die Wirkung des Sauerstoffs vorstellt. — Dr. Freudenthal: Ich weiss nicht, ob wir direct von den Einspritzungen etwas erwarten dürfen. Allein es leuchtete mir ein, dass dadurch die Sauerstoffaufnahme eine raschere und damit auch die Lichteinwirkung eine bessere sein würde. Ich möchte die Sauerstoffeinathmung nicht aufgeben, jedenfalls schadet dieselbe in dem Maasse, in dem ich sie anordne, absolut nichts.

Vorzeigen von Präparaten.

1) Dr. Adler: Dieses Präparat stammt von einem jungen Mädchen, 21 Jahre alt, das vor einigen Wochen unter dem typischen Bilde einer chronischen Nephritis in das Deutsche Hospital kam. Sie hatte continuirliches Fieber bis 103°. Die Untersuchung des Herzens ergab eine frische Endocarditis, die unserer Meinung nach hauptsächlich an der Mitralis localisirt war. Aus der Anamnese ergab sich, dass das Mädchen einige Wochen zuvor an Rheumatismus mehrerer Gelenke erkrankte und mehrere Wochen damit zu leiden hatte. Zur Zeit waren die Gelenke wieder vollkommen frei. Wir nahmen an, dass die Nephritis mit dem Rheumatismus in keiner Weise in Zusammenhang stände. Das Mädchen ging dann unter den typischen Erscheinungen des Lungenödems zu Grunde, und bei der Autopsie stellte es sich heraus, dass beiderseits grosse, weisse Nieren vorhanden waren. Klinisch war an dem Herzen ausser dem Geräusch nichts nachzuweisen gewesen, die Herzfigur war ziemlich normal. Die absolut frische Endocarditis fand sich hauptsächlich an der Mitralis localisirt. An der Pulmonalis waren alle drei Klappen, hauptsächlich aber die beiden äusseren, mit dichten Vegetationen übersät. Diese waren etwas älteren Datums, aber sicher nicht mehr wie einige Wochen alt. Ich muss gestehen, dass die Diagnose einer Pulmonalläsion intra vitam nicht gestellt worden war und zwar wegen Mangels einer jeglichen Vergrösserung des rechten Herzens. Gerade der Umstand macht den Fall interessant und wichtig, dass ein solcher Process sich ohne bedeutende klinische Symptome entwickeln konnte. Wichtig ist ferner, dass solche Vegetationen an der Pulmonalis characteristisch für Gonorrhoe sind. Und in der That hatte das Mädchen, wie wir nachher fanden, an Gonorrhoe gelitten und der Rheumatismus bei ihr war zweifellos auf gonorrhoischer Basis entstanden.

2) Dr. Adler: Dieses Präparat stammt von einem 55jährigen Manne, der im vorigen Winter an hochgradigstem Ascites leidend in das Hospital aufgenommen wurde. Die Diagnose wurde damals gestellt auf chronische Schrumpfniere, altes Vitium cordis mit Degeneration des Herzmuskels und Secundärerscheinungen, Muskatnussleber etc. Es wurde bei dem Pat. zweimal die Paracentese ausgeführt. Nach jeder Punction ging es eine Zeit lang besser. Nach meiner Dienstzeit im

Hospital wurde die Diagnose geändert und auf Lebercirrhose gestellt, wahrscheinlich auf Grund des vom Pat. zugestandenen Potus. Da Pat. dann wieder hochgradigen Ascites bekam, wurde er der chirurgischen Abtheilung zugeführt und auf derselben operirt. Bei der Operation fand sich nun allerdings, dass die Leber schon grösstentheils mit der Bauchwand verwachsen war, ausserdem war auch das ziemlich geschrumpfte Netz mit der Bauchwand adhaerent. Es wurden dann noch verschiedene Portionen des Netzes an die Bauchwand angeheftet und die Bauchwunde geschlossen. Der Ascites verschwand, Pat. wurde als wesentlich gebessert entlassen, und die chirurgische Kunst hatte wieder einen ihrer grösseren Triumphe gefeiert. Vor einiger Zeit nun kam Pat. wieder in das Deutsche Hospital in genau dem alten Zustande und starb hier unter den Erscheinungen des Lungenödems. Bei der Autopsie zeigte die Leber keine Spur von Cirrhose, sondern es handelte sich um die typische Form der Muskatnussleber.

Discussion. Dr. Willy Meyer: Der Patient wurde der chirurgischen Abtheilung unter der Diagnose „Ascites nach Lebercirrhose" zur Operation überwiesen. Eine weitere Untersuchung des Patienten wurde daraufhin nicht gemacht, sondern die Diagnose als correct angenommen. Bei der Operation fand sich die Leber nicht mit dem Bauchfell verwachsen, wohl aber das ziemlich kleine Netz an einzelnen Partien. Dies war jedenfalls wenig versprechend für den Zweck der Operation: durch Anheftung des Netzes den Ascites zu beseitigen. Weitere Netz-Partien wurden dann an das Parietal-Peritoneum angenäht und die Bauchwunde geschlossen. Jetzt verschwand der Ascites für mehrere Monate und als ich aus den Ferien zurückkehrte, wurde mir der Fall vom Hausarzt als ein glänzender gemeldet, da Patient vor wenigen Tagen in vortrefflichem Zustand im Deutschen Hospital gewesen sei. Trotz der veränderten ursprünglichen, ursächlichen Diagnose, verdient der Fall registrirt zu werden als einer von Ascites, der durch Netz-Anastomose für Monate wesentlich gebessert, wenn nicht gar curirt wurde. — Dr. A. Jacobi: Ich kann mich an einen Fall erinnern, den ich vor vielen Jahren mitgetheilt habe. Ich hatte damals eine gewaltige Cirrhose mit Ascites und Anasarca zu behandeln und spritzte dem Pat. Jodtinctur in die Bauchhöhle. Der Pat. bekam eine heftige Peritonitis und die Folge davon war, dass er für mehrere Jahre geheilt war. Es wurde während der nächsten 3 Jahre keine Paracentese mehr nöthig. — Dr. Adler: Ich möchte noch bemerken, dass weder Operation noch Jodtinctur nothwendig sind, um gelegentlich solche Erfolge zu erzielen. Wir sehen oft genug, dass ein Ascites oft Monate und Jahre lang besteht, dass dann der Pat. plötzlich anfängt, reichlich Urin abzusondern, und sich dann für lange Zeit wieder wohl fühlt.

3) Dr. Adler: Beitrag zu den septischen Formen des Abdominaltyphus. Es handelte sich um einen 26jährigen Mann, der mit Typhus auf die Abtheilung kam. Der Pat. bekam kurz nachdem die Acme des Fiebers überschritten war an zwei auf einander folgenden Tagen Darmblutungen. Die erste war ausserordentlich

mässig, die zweite dagegen ziemlich profus. Die Blutung wiederholte sich dann nicht mehr. Ein bis zwei Tage nach der Blutung bekam Pat. Schüttelfrost mit Temperatur von 106, die theils unter Schweiss abfiel. Malaria lag nicht vor, und es wurde damals der Schüttelfrost und die einmalige hohe Temperatur als von sich zerstetzendem Darmsecret herrührend aufgefasst. Die Temperatur ging dann auch die nächsten Tage herunter und Pat. fühlte sich einigermaassen wohl. Da setzten plötzlich wieder Schüttelfröste ein, einmal bis mehrere Male täglich, sowie Temperaturen bis zu 108 mit steilem Abfall bis auf 97. Es fand sich kein Anhaltspunkt zur Erklärung dieser Vorkommnisse; wir dachten u. a. an einen sich entwickelnden subphrenischen Abscess. Der Mann ging dann unter den Erscheinungen schwerster acuter Sepsis zu Grunde. Eine Peritonitis war klinisch nicht nachzuweisen gewesen, es fand sich eine solche auch nicht bei der Section. Bei dieser fand sich ein Geschwür etwa 4 Fuss oberhalb der B a u h i n i'schen Klappe, aus dem die Blutung stattgefunden hatte und das bis dicht an die Serosa reichte, ohne jedoch zu perforiren. Im unmittelbaren Zusammenhang damit fand sich eine vereiterte Mesenterialdrüse. Am Peritoneum war weiter nichts nachzuweisen. Dagegen war der obere Pol der Milz mit dem Zwerchfell leicht verwachsen und von Eiter umspült. Intra vitam war kein Symptom eines subdiaphragmalen Abscesses vorhanden gewesen. Ferner war das obere Drittel der linken Nebenniere ebenfalls vereitert, der Eiter war auch hier nicht abgekapselt. Nebenbei bestand noch Hydronephrose der linken Niere, bedingt durch Verengerung des linken Ureters beim Eintritt in die Blase.

4) Dr. W a c h e n h e i m e r: L a r y n x u n d T r a c h e a eines zweijährigen Knaben, der im vergangenen Winter mehrere Wochen hindurch von anderer Seite mit Intubation behandelt, und im vorigen Juli an Larynxstenose gestorben war. Untersuchung ergiebt hochgradige allgemeine Stenose des ganzen Larynx; die Epiglottis ist stark gefaltet und geschrumpft; die Taschenbänder und die Taschen selbst sind gänzlich verwischt; das rechte Stimmband fehlt bis auf einen kleinen Rest; das linke Stimmband ist stark verkürzt, an seinem Rand nach oben zu sitzt eine warzige Geschwulst von der Grösse eines Pfefferkorns. Unter den Aryknorpeln finden sich anscheinend narbige Vertiefungen. Unter ganze Mucosa ist stark verdünnt und anämisch. Die Trachea ist normal, die Schilddrüse ist von normaler Grösse. Da die kleine Geschwulst mit den verkürzten Stimmbändern unmöglich Stenosensymptome hervorrufen konnte, muss die Verengerung ganz auf Narbencontractur zurückgeführt werden. Microscopisch sind hochgradige fibröse Schrumpfung und chronische Entzündung (Rundzelleninfiltrat) am linken Stimmband zu constatiren, und auf dem Stimmband ein typisches Papillom. Die destructiven Processe wären in erster Instanz auf die Intubation zurückzuführen, welche Operation nach unserer jetzigen Kenntniss bei Papillom contraindicirt ist. Die vermuthliche Diagnose Papillom sollte von Anfang an gestellt sein, eben weil dieses die häufigste Ursache von chronischen Larynxstenosen in Kindern liefert. Laryngoscopie war in die-

sem Falle unmöglich. Die gerathene Tracheotomie wäre jedenfalls lebensrettend gewesen.

Discussion. Dr. Langmann: Ich möchte daran erinnern, dass in der Pathologischen Gesellschaft mehrfach Kehlköpfe vorgezeigt wurden, bei denen durch die Intubation Necrose hervorgerufen worden war. Die Schuld daran wurde dem Umstand beigemessen, dass die Canülen zu gross genommen worden waren.

Sitzung vom 28. December 1900.

Vorsitzender: Dr. Gleitsmann.

Vorstellung von Patienten.

1) Dr. Moschcowitz stellt einen geheilten Patienten vor, bei dem er den Hoden, Vas deferens, Samenblase und eine Hälfte der Vorstehdrüse wegen vorgeschrittener Tuberculose dieser Organe extirpirt hatte.

Discussion. Dr. Willy Meyer: Es ist jedenfalls richtig, bei der Tuberculose des Genitaltractus radical vorzugehen. Allein ich möchte entschieden betonen, dass der Fall, den College Moschcowitz vorgestellt hat, noch nicht abgelaufen ist. Es hat sich bis jetzt nur um eine einseitige Affection gehandelt und ich möchte fast glauben, dass auch dieser Pat. noch seine Schwierigkeiten haben wird. Ob es richtig ist, nur eine Seite der Prostata zu exstirpiren, wissen wir noch nicht. Mir würde es rathsam erscheinen, die ganze Prostata zu exstirpiren, wenn man radical vorgehen will. Ich habe mich in den letzten Jahren stets befleissigt, den Hoden selbst zu erhalten. Wenn man den Sectionsschnitt macht, kann man in einer grossen Mehrzahl der Fälle den Hoden präserviren. — Dr. Moschcowitz: Ich hatte Gelegenheit, die Operation, wie sie Dr. Meyer angegeben hat, bei einem anderen Pat. auszuführen, und zwar in der Weise, dass ich nur den Nebenhoden exstirpirte. Dies that mir jedoch später leid, da Pat. einen Abscess in dem zurückgebliebenen Hoden bekam. In dem Momente der Operation war es nicht leicht, zu entscheiden, ob ich die ganze Prostata exstirpiren sollte oder nur die Hälfte desselben. In Anbetracht der verhältnissmässigen Jugend des Pat. entschloss ich mich zu Letzterem.

2) Dr. Mannheimer: Fall von allgemeiner Lymphosarcomatose.

Der 32jährige Pat., Schneider, wurde im Februar 1897 wegen eines Tumors der rechten Achselhöhle operirt. Die ersten Anfänge desselben will er im Jahre 1894 bemerkt haben. Der Tumor war weich, knollig, mannsfaustgross und nicht schmerzhaft. Da Pat. während des Wachsthums der Geschwulst schwächer und magerer geworden war, liess er sich auf ärztliches Anrathen hin operiren. Die Operation war eine sehr

gründliche, der M pectoralis musste durchschnitten werden, um alles Erkrankte entfernen zu können. Der Tumor erwies sich bei der microscopischen Untersuchung als Lymphosarcom. Der Kranke wurde nach einmonatlichem Hospitalaufenthalt mit einer kleinen granulirenden Wunde und bei sehr gutem Allgemeinbefinden entlassen. Die Wunde heilte unter poliklinischer Behandlung. Nun entwickelten sich aber neue Knoten ähnlich denen, die den früheren Tumor ausmachten, auf der rechten Seite des Halses. Wie lange nach der Operation diese Knoten auftraten, kann sich Pat. nicht erinnern. Er wurde dafür, wie ich von dem ihn behandelnden Collegen erfuhr, mit Arsen behandelt, was eine ausgezeichnete Wirkung auf das Allgemeinbefinden hatte und die Knoten fast zum Verschwinden brachte. Indessen wuchsen sie wieder und gleichzeitig bildeten sich neue in der linken Axilla. Seit ca. 6 Monaten leidet Pat. an Schmerzen im Kreuz und in den Oberschenkeln, die zeitweise so heftig waren, dass er Morphin nehmen musste. Das Gehen wurde ihm schwer theils wegen der Schmerzen, theils wegen zunehmender Schwäche in den Beinen. Er verlor wieder an Gewicht.

Die Untersuchung ergiebt einen etwas abgemagerten Mann mit blasser Haut, doch gut gefärbten Schleimhäuten. Pat. geht langsam und schleppend, hält die Wirbelsäule steif. An der rechten Seite des Halses, dicht oberhalb des Schlüsselbeines, findet sich ein Tumor, der aus zwei grösseren und mehreren kleineren Knoten besteht, weich, beweglich, nicht druckempfindlich, ohne Verwachsungs- und Entzündungserscheinungen. Es sind dies die geschwollenen Cervicaldrüsen, die oberflächlichen und tiefen. Weiter nach hinten und oben liegen einige vergrösserte Occipitaldrüsen. Die Submaxillardrüsen dagegen sind frei, dessgleichen die ganze linke Seite des Halses. Ein wallnussgrosses Packet findet sich in der linken Achselhöhle. Die Inguinaldrüsen beiderseits sind leicht geschwollen. In der rechten Axillargegend sieht man eine grosse halbmondförmige Narbe. Die Milz ist gross, hart, leicht abzutasten, mit groben Höckern, abgerundetem Rande, beweglich. Der untere Rand reicht bis 3 cm unterhalb der Nabelhorizontale, der vordere bis fast an die Mittellinie, der obere Rand liegt an der 5. Rippe. Die Leber ist erheblich vergrössert: 5. Rippe bis Nabelhorizontale. Die Wirbelsäule wird steif und gerade gehalten; die normalen Krümmungen sind ausgeglichen. Das Kreuzbein ist an einer Stelle auf Beklopfen und Druck lebhaft empfindlich. Die Beine zeigen eine ziemlich gleichmässige Abmagerung. Die rohe Kraft, besonders der Beuger und Strecker des Ober- und Unterschenkels, ist erheblich herabgesetzt, links etwas mehr wie rechts. Gastrocnemii und beide Quadriceps, besonders aber der linke, zeigen partielle Entartungsreaction (Dr. Stieglitz). Patellarreflexe sind erloschen. Sensibilitäts-, Blasen- und Mastdarmstörungen fehlen. Die Untersuchung des Blutes, die ich in Gemeinschaft mit Dr. Basch anstellte, ergab am 11. ds. Monats 4½ Millionen rothe, 11,100 weisse Blutkörperchen, 80 Procent Haemoglobin, nichts Abnormes im gefärbten Trockenpräparat, also nur eine geringe Leucocytose. Alles Uebrige scheint in gutem Zustand zu sein. Sehschärfe und Augenhintergrund normal.

Die Diagnose ist nach alledem nicht schwer. Es handelt sich um eine chronische, langsam fortschreitende Affection des lymphatischen Apparates, die sich nach Art maligner Neubildungen im Körper ausbreitet und die nicht Leucaemie ist. Die Krankheit geht unter verschiedenen Namen, Pseudoleucaemie, Adenie, Hodgkin'sche Krankheit, malignes Lymphom, Lymphosarcomatose. Daraus geht schon hervor, dass über die Natur derselben noch grosses Dunkel herrscht. Man hat verschiedene anatomische und klinische Unterscheidungen gemacht, die zwar die nahe Verwandtschaft, aber nicht die Identität der betr. Processe beweisen, ohne aber Klarheit in die Sache zu bringen. In diesem Falle ist die Krankheit sehr chronisch verlaufen. Die ersten Anfänge waren sicherlich schon vor 6 Jahren vorhanden; seit der Exstirpation der Achseldrüsengeschwulst sind etwas weniger als 4 Jahre verstrichen. Nach Entfernung des ursprünglichen Herdes trat das erste Recidiv in den nächstgelegenen und damit in directer Verbindung stehenden Lymphknoten, den rechtsseitigen Cervical- und später den linksseitigen Axillardrüsen auf. Darauf folgte die Infection resp. Metastasenbildung in der Milz und schliesslich im Kreuzbein mit consecutiver Degeneration einzelner Wurzeln des Plexus sacralis. Der Fall ist vielleicht am Besten als allgemeine Lymphosarcomatose zu bezeichnen. Für Tuberculose oder Syphilis des lymphatischen Systems spricht nichts. Es liegt kein Anhaltspunkt dafür vor, warum die Affection in der rechten Achselhöhle begonnen hat.

Patient nimmt jetzt wieder Arsen in steigenden Dosen, und ich muss sagen, dass es sein Allgemeinbefinden, sowie die Schmerzen und Schwäche in den Beinen äusserst günstig beeinflusst. Er braucht keine Narcotica, kann besser gehen, hat guten Appetit und regelmässigen Stuhl und fühlt sich im Allgemeinen viel wohler und lebenslustiger. Dass Drüsen und Milz kleiner geworden wären, kann ich bei der Kürze der Beobachtung nicht constatiren; jedenfalls sind dieselben nicht grösser geworden. Es ist geradezu characteristisch für manche der hierher gehörigen Fälle, dass das Arsen eine ganz bedeutende Verkleinerung der Drüsengeschwülste und erhebliche Besserung des Allgemeinbefindens und der Ernährung herbeiführt. Leider ist diese Wirkung keine anhaltende; schliesslich versagt auch dieses Mittel. Zudem hat die Arsencur manchmal recht unangenehme Erscheinungen im Gefolge, verlangt desshalb genaue Ueberwachung. Subcutane Einverleibung des Arsens, die vielleicht noch wirksamer sein könnte, ist hier äusserer Verhältnisse halber nicht angängig. Ich möchte fragen, ob einer der Herren je das von Litten nachdrücklichst empfohlene Berberin bei dieser Krankheit angewendet hat. Das Fluidextract der Wurzelrinde der Berberis vulgaris (Sauerdorn) oder das Berberinum sulfuricum in täglichen Dosen von 1,0 soll ein mächtiges Stomachicum sein und vorübergehend das Allgemeinbefinden bessern, den Appetit steigern und das Wachsthum des Milztumors in Schranken halten.

Discussion. Dr. Adler: Ich glaube, dass Dr. Mannheimer der pathologischen Anatomie einen nicht ganz gerechtfertigten

Vorwurf gemacht hat. Ich bin nämlich der Ansicht, dass sich alle diese Fälle ziemlich klar aneinander reihen und dass heutzutage betreffs derselben nur mehr wenig Widerspruch besteht. Sie haben alle das Gemeinsame und stimmen darin mit einander überein, dass die Lymphknoten afficirt sind, die Milz dagegen nur in secundärer Weise und nur insofern, als die Lymphfollikel der Milz selbst an dem Process theilnehmen. Es handelt sich ferner um eine sarcomähnliche Wucherung der eigentlichen Lymphelemente und des Reticulum. Der Blutbefund ist ein vollkommen negativer; wenn sich gelegentlich eine geringe Leucocytose findet, so ist diese eine derartige, wie sie bei entzündlichen Processen nicht selten vorkommen. Sodann haben alle diese Fälle nur geringe oder gar keine Neigung zum Zerfall. Weiterhin kommt diesen Fällen ein chronischer Verlauf zu. Die Arsenbehandlung hat oft den Erfolg, dass die Knoten fast gänzlich schwinden und man dann glaubt, der Fall sei geheilt. So weit mir bekannt ist, findet sich in der Literatur nur ein einziger Fall als geheilt aufgeführt, allein auch in diesem Falle war die Beobachtungszeit viel zu kurz. Wenn man also den von Dr. Mannheimer vorgestellten Fall in dieser Weise auffasst, ist der pathologisch-anatomische Befund vollkommen klar. Meiner Ansicht nach ist die Bezeichnung „malignes Lymphom" die beste. — Dr. A. Jacobi: Die meisten Fälle verlaufen ohne Betheiligung der Milz. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass sobald die Milz mitbetheiligt ist, der Fall sehr rasch einen schlimmen Ausgang nimmt. Was nun die Arsenbehandlung betrifft, so bin ich auch der Meinung, dass man zuerst ein oder zwei Jahre abwarten soll, ehe man von Heilung sprechen kann. Ich habe sehr viele Fälle gesehen, die gebessert wurden, aber nie einen Fall, welcher geheilt wurde. — Dr. Willy Meyer: Es war mir ausserordentlich interessant, die vorausgegangenen Bemerkungen zu hören. Mir war der Fall viel mehr als ein benignes Lymphom erschienen, denn dass ein derartiger Fall sich auf 7 Jahre erstrecken kann, ist mir neu. Mir war es bei fast allen Fällen, die mir zu Gesicht gekommen waren, geschienen, als ob es sich um einen sehr malignen Process handele. Ich habe in einigen Fällen vom Arsen für eine Zeit lang sehr gute Erfolge gesehen, allein für die Dauer nie etwas Gutes. Bei einem Falle habe ich auch grosse Neigung zum Zerfall beobachtet. Bei diesem Falle hier war mir besonders interessant, dass man mit ziemlicher Sicherheit Metastasen im Kreuzbein constatiren konnte. — Dr. A. Jacobi: Ich habe gestern einen Fall gesehen, der diesem hier ziemlich ähnlich ist. Es handelt sich um einen 8jährigen Jungen, der vor mehr als einem Jahre wegen einer grossen Geschwulst in der Achselhöhle im Hospital operirt worden war. Zu jener Zeit musste die Lymphknotenschwellung ganz localisirt gewesen sein, sonst wäre die Operation nicht vorgenommen worden. Der Junge befindet sich jetzt so ziemlich in demselben Zustand, wie dieser Pat. hier. Er hat sein Leiden jetzt entschieden schon 1½ Jahre und wird es wohl noch länger aushalten. — Dr. Adler: Ich möchte noch hinzufügen, dass, was den Zerfall betrifft, die Patientin, die ich vor Kurzem hier vorstellte, ebenfalls ein colossales Lymphpaquet hatte, das eiterig zerfiel. Allein in allen derartigen Fällen kann man nachweisen, dass hier auf

irgend eine Weise von aussen her eine Infection stattgefunden hatte. Was nun die Dauer der Krankheit betrifft, so muss ich auch sagen, dass nach meinen Erfahrungen es verschiedene Grade von Virulenz giebt. Maligner Natur sind die Fälle alle, allein manche verlaufen sehr langsam, manche wieder sehr rapid. Ueber die Aetiologie des Leidens wissen wir so gut wie gar nichts. — Dr. A. Jacobi: Ich habe Berberin in einem Falle angewendet und war mit dem Erfolg nicht zufrieden. — Dr. Mannheimer: Litten giebt die Dauer der Krankheit auf höchstens zwei Jahre an. Es ist schon daraus zu sehen, dass sowohl der klinische Verlauf wie das anatomische Bild sehr verschieden ist.

3) Dr. Gleitsmann: Fall von Epitheliom des Kehlkopfes. Ich habe den Fall zum ersten Male in der verflossenen Woche gesehen. Der 50 Jahre alte Pat., Saloonkeeper, ist wohlgenährt; seit ungefähr einem Jahre klagt er über Heiserkeit, ausserdem hat er seit 14 Tagen etwas Athemnoth. Er klagt ferner noch über Schmerzen im Rücken. Der Larynx ist bei dem Pat. leicht zu sehen; der Tumor erscheint vollständig beschränkt auf die Gegend des rechten Stimmbandes und rechten Taschenbandes. Die Glottis selbst erscheint etwas enger wie normal, allein nicht derart, dass dadurch der bei dem Pat. bestehende Luftmangel sich erklären liesse. Ich kann mir letzteren nur dadurch erklären, dass die Geschwulst doch mehr in die Tiefe reicht und die Muskeln des Kehlkopfes mehr oder weniger auser Thätigkeit sind. Die Geschwulst selbst ist unregelmässig, höckerig an der Oberfläche und bietet ein zerklüftetes Aussehen.

Vorzeigen von Präparaten.

1) Dr. Gleitsmann: Demonstration eines durch Totalexstirpation des Kehlkopfes gewonnenen Kehlkopfcarcinoms.

2) Dr. Adler: Fall von kryptogenetischer Sepsis. Dieses Herz stammt von einer 38jährigen Frau, die bis zwei Wochen vor ihrer Aufnahme in das Hospital (20. September) vollkommen gesund gewesen war. Dann bekam sie Gelenkschmerzen im linken Fussgelenk und in den Ellenbogengelenken und etwas Fieber. Es fand sich also bei der Pat. bei ihrer Aufnahme in das Hospital ein regelrechter Gelenkrheumatismus, der mit Salicyl behandelt wurde. Am Herzen fand sich absolut nichts. Die Schmerzen wurden besser und die Temperatur fiel ab. In ganz kurzer Zeit, noch im September, stellten sich leichte Schüttelfröste ein mit Temperatursteigerungen bis 105° und darüber, die dann mit etwas Schweiss abfielen, und es konnte für diese Erscheinungen kein rechter Grund aufgefunden werden. Als ich die Behandlung der Pat. am 1. November übernahm, waren die Gelenke fast alle intact, nur an der rechten Fusswurzel fand sich noch eine schmerzhafte Stelle und die Haut darüber etwas geröthet. Bei der Untersuchung konnte im ganzen Körper nichts Krankhaftes gefunden werden, ausser einer recht grossen Milz und einem leichten Reiben am oberen Pole der Milz. Trotzdem

hatte Pat. regelmässig zweimal innerhalb 24 Stunden einen Schüttelfrost und Temperaturen, die bis zu 106 und 107 gingen und unter Schweiss bis zum Subnormalen abfielen. In der Zwischenzeit befand sich Pat. vollkommen wohl. Appetit und Aussehen waren gut, Puls langsam, voll und kräftig, Urinbefund vollkommen negativ. Die Blutuntersuchung ergab ebenfalls vollkommen normale Verhältnisse. Es wurde ferner, da der Gedanke an Malaria nahe lag, in der ausgiebigsten Weise auf Plasmodien untersucht, ohne dass jedoch solche gefunden wurden. Chinin war schon in grossen Dosen gegeben worden und Pat. hatte sich vollkommen refractär verhalten. Es wurden dann noch Blutculturen angelegt, allein auch diese blieben absolut steril. Die schon erwähnte schmerzhafte Stelle am Fussgelenk besserte sich und die Röthe über derselben schwand fast vollständig. Auch das Reibegeräusch über der Milz verschwand. So zog sich der Zustand der Pat. über zwei Monate hin. In der allerletzten Zeit wurde Pat. doch allmählich anämisch und etwa 14 Tage vor ihrem Tode begannen Verfallserscheinungen aufzutreten. Es stellten sich Haemorrhagien in der Haut ein, Pat. wurde apathisch, fing an, leicht zu deliriren, der Puls ging in die Höhe und die Kräfte nahmen ab. So ging Pat. vor einigen Tagen zu Grunde.

Bei der Section zeigte sich, dass alle Organe, mit Ausnahme der Milz und des Herzens, vollkommen normal waren. Ein Eiterherd fand sich absolut nirgends. Die Milz war riesengross, derb und zeigte im Innern einzelne weisse Herde, die in keiner Weise, weder in Gestalt noch in Lage, an Infarcte erinnerten, aber doch höchst wahrscheinlich Lymphfollikeln entsprachen, in denen eine Infection stattgefunden hatte. Im Uebrigen hatte die Milz durchaus das Aussehen einer grossen, septischen Milz. Das Herz, bei dem während des Lebens klinisch nur ein ganz leichtes Reiben wahrzunehmen war, zeigte keine abnorme Verhältnisse, mit Ausnahme der Pulmonalis. An der einen Pulmonalisklappe fand sich an der nach dem Gefäss zu gerichteten Seite eine Wucherung. Die Klappe selbst ist in keiner Weise verdickt, sie ist durchsichtig und zart, und ähnliche Wucherungen finden sich noch an zwei Semilunarklappen. Die erwähnten Veränderungen waren die einzeigen, die wir macroscopisch finden konnten. Es wird nun nöthig sein, dass sämmtliche Organe auf das sorgfältigste microscopisch untersucht und durchforscht werden, besonders auch auf Bacterieneinwanderung. Es liegt der Gedanke nahe, dass es sich bei der Pat. nicht um einen einfachen Gelenkrheumatismus gehandelt hatte, sondern um einen gonorrhoischen. Wenn auch die Frau keine Gonorrhoe zugegeben hatte und auch während ihres Hospitalaufenthaltes keine auffällige Zeichen von Gonorrhoe gefunden werden konnten, so ist doch dieses isolirte Auftreten der Wucherung an der Pulmonalis ein pathognostisches Zeichen für Gonorrhoe. Wir hätten es also hier mit einem Falle von gonorrhoischer Sepsis zu thun. Mit dieser Annahme stimmt auch die Erfahrung überein, dass der Gonococcus nur ganz selten Eiterung hervorruft, stimmt ferner der langsame Verlauf überein. Ich werde vielleicht später noch in der Lage sein, über den Fall Weiteres zu berichten.

3) Dr. Adler: Fall von primärer Pleura- und Lungengeschwulst. Es handelt sich um einen 37jährigen Mann, dessen Familien- und persönliche Geschichte ohne Belang für seine jetzige Erkrankung war. Er gab an, bis etwa 3 Monate vor seiner Aufnahme in das Hospital gesund gewesen und dann mit Brustschmerzen, heftigen Schmerzen in der rechten Seite, Husten und Auswurf erkrankt zu sein. Die Schmerzen nahmen mit der Athmung beträchtlich zu. Pat. hatte etwas Dyspnoe, starken Auswurf und leichtes Fieber. Allmählich minderten sich die Schmerzen, allein Dyspnoe, Husten und Auswurf bestanden weiter und dazu gesellschaftete sich noch kurz vor seiner Aufnahme eine auffallende Schwäche. Bei der Aufnahme zeigte sich ein äusserst kachectisch und anämisch aussehender Mann, der keuchend athmete und bei dem sofort auffiel, dass die rechte Thoraxhälfte bei der Athmung ziemlich immobil war. Das Herz war nach links herübergeschoben. Geringes Fieber, kleiner, kaum fühlbarer Puls von über 120, kühle Extremitäten, kalter Schweiss. Durch kräftige subcutane Stimulation erholte sich Pat. wieder und es konnte eine Untersuchung vorgenommen werden. Die ganze rechte Brustseite ergab leeren Schall. Nach unten war eine Grenze zwischen Lunge und Leber nicht aufzufinden. Oberhalb der 3. Rippe fand sich tympanitischer Lungenschall. Der ganze Bezirk zeigte aufgehobenes Athemgeräusch und aufgehobenen Stimmfremitus, und auch bei Lagewechsel änderte sich dieser Zustand nicht. Hinten war die untere Thoraxpartie absolut gedämpft, Athemgeräusch und Stimmfremitus aufgehoben. Dann kam eine etwa 3 Finger breite Partie, wo gedämpfter Lungenschall, verstärkter Stimmfremitus und subbronchiales Athmen vorhanden waren, dann kam wieder ein Bezirk mit absolut leerem Schall, vollkommen aufgehobenem Athemgeräusch und aufgehobenem Stimmfremitus: von da bis zur Spitze fand sich tympanitischer Lungenschall und reichliches mittelblasiges und kleinblasiges Rasseln. Da diese Verhältnisse sich in keiner Weise beeinflussen liessen, so musste man annehmen, entweder dass es sich hier um ein streng abgesacktes flüssiges Exsudat handele oder um feste Massen oder aber um eine Combination von beiden. Die Verhältnisse vorn konnten sehr gut als Flüssigkeit gedeutet werden. Doch konnte der Bezirk mit absoluter Dämpfung zwischen zwei tympanitischen Lungenpartien nicht gut mit der Diagnose Flüssigkeit in Einklang gebracht werden. Wir nahmen dann an, dass es sich hier um eine solide Masse in der Pleura handele, welche die Lunge nach oben und hinten gedrängt und zum Theil durchwachsen habe, jedoch noch genug Pleurahöhle übrig gelassen habe, die sich dann mit Flüssigkeit anfüllte. Die Punction oben und hinten ergab blutige Flüssigkeit, welche wir, so weit wir konnten, entleerten. Dies änderte aber sehr wenig an den Dämpfungsverhältnissen, und dadurch wurde unsere Annahme bestätigt, dass es sich hier nicht nur um Flüssigkeit handele, sondern um eine solide Masse. Die Sputumuntersuchung ergab nichts Characteristisches. Pat. wurde dann ausserordentlich kachectisch und bot die Zeichen hochgradiger Anämie dar. Um so auffallender war der Blutbefund: während der Hb-Gehalt auf ca. 65 Procent gesunken war, war die Menge der rothen Blutkör-

perchen in keiner Weise auffallend vermindert. Später fand sich im Urin Eiweiss und Cylinder, Aceton und Indicanvermehrung liess sich nachweisen. Pat. starb vor kurzer Zeit im Collaps.

Die Section ergab die Bestätigung unserer Diagnose. Das Zwerchfell war von Tumormassen durchwuchert. Die linke Lunge war vollkommen intact. Es fanden sich Tumorknoten in den Nieren, die linke Nebenniere war vollkommen in Tumormassen, die von der gleichen Art, wie der Lungentumor waren, umgewandelt. Es handelte sich in diesem Falle um ein characteristisches Epitheliom. Interessant ist die Weise, wie sich der Tumor entwickelt und verbreitet hat.

4) Dr. Achilles Rose demonstrirt einen tragbaren Apparat zur Kohlensäureenwicklung.

A. Ripperger, Secretär.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt Chicago, Ill.

Sitzung vom 22. November 1900 im Hotel Bismarck.

Präsidium: Dr. Fütterer. Anwesend: 30.

Das Protocoll der letzten Sitzung wird verlesen und genehmigt.

1. Dr. Fütterer demonstrirt den Blutkreislauf an dem Mesenterium eines curarisirten Necturns.

2. Dr. Fütterer demonstrirt Präparate von Actynomycose der Lunge, der Leber und des Herzens.

Discussion. Dr. Leo Loeb fand keinen Fall von A. der Herzklappen in der Literatur. Bei Thieren sind die Lymphdrüsen häufig afficirt, bei Menschen sehr selten. — Dr. Doepfner: Ist ein Mittel bekannt, um A. und Tuberculose schnell und sicher zu unterscheiden? — Dr. Fütterer: Jodkali wirkt temporär günstig bei A. — Dr. Doepfner berichtet einen Fall, wo ein Knabe an acuter Appendicitis operirt wurde. Fistel kam nie zur Heilung. Der Junge starb ausserhalb des Krankenhauses an Ileus. Die Autopsie ergab actinomycotische Geschwüre hinter dem Coecum. — Dr. J. Beck erwähnt einen Fall von A. des Mittelohres. — Dr. Fütterer: Die Frage in Bezug auf die Mitbetheiligung der Lymphgefässe ist von grosser Wichtigkeit.

3. Dr. Alex. Behrendt: Behandlung der habituellen Constipation. (Selbstbericht.) Zur habituellen Constipation sind nur diejenigen Fälle zu zählen, bei denen in Folge von verminderten Entleerungen Beschwerden eintreten. Die Behandlung ist entweder eine symptomatische (mittels Abführmitteln oder Ein-

giessungen) oder eine rationelle. Abführmittel sind nicht im Stande, Fälle von habitueller Constipation zu heilen. Die Heilung wird erzielt: 1) durch diätetische Curen, bei denen viel Obst, grüne Gemüse und cellulosenreiche Gemüse, sowie grobes Brod und viel Fett eine Hauptrolle spielen. Diese diätetischen Curen bringen nur in leichten Fällen Heilung. 2) erzielt man Heilung durch eine Combination von Massage und Electricität. 3) durch eine Combination der diätetischen Curen mit der Massage und Electricität. Diese letzte Methode ist die beste von allen. Sie bringt immer Heilung und zwar dauernde Heilung. Als beste Form der electrischen Behandlung hat sich der von v. Wild empfohlene galvanofaradische Strom bewährt. 8, 10, 15 Sitzungen sind bei dieser Methode ausreichend. 4) sind noch zu erwähnen die Boas'sche Methode der Behandlung mittels Aetherspray, welche ebenfalls gute Resultate ergeben soll und 5) die Ziemssen'sche Methode, bei welcher der Magen fleissig mit Wiesbadener Kochbrunnen resp. mit physiologischer Kochsalzlösung ausgespült wird.

Discussion. Dr. Heym: Die Massage ist kein souveränes Mittel, die Peristaltik wird wenig beeinflusst. Auch bei der electrischen Behandlung können Misserfolge vorkommen. — Dr. Alfred Schirmer: Als neueste Methode ist vorgeschlagen die Einverleibung einer Reincultur des Colonbacillus. — Dr. Emil Beck: Ursache der Constipation meist Atonie des Darmmuskels. Die beste Behandlung ist der faradische Strom, Anode ins Rectum, Kathode auf den Unterleib. — Dr. Decker: Massage allein bringt oft Heilung zu Stande. Combination mit passender Bewegung, viel marschiren und Zimmergymnastik oft von Erfolg. Da die habituelle Constipation vorwiegend das weibliche Geschlecht betrifft, so trägt zweifelsohne das Corset einen grossen Theil der Schuld. Die Kugelmassage ist, vorsichtig angewendet, ungefährlich. — Dr. Blech: Sie ist contraindicirt bei Entzündungen z. B. der Ovarien. — Dr. Fütterer: Schwarzer Kaffee hilft in einer Anzahl von Fällen. Umgekehrt ist mir die Heilung eines Falles von 12 Jahre bestehender Ruhr bekannt durch die Aufgabe des Kaffees. — Dr. Heym macht auf den Zander'schen Vibrator aufmerksam, der zur Behandlung der C. in der Lendengegend angewendet wird. — Dr. Alex. Behrendt: Ich gebrauche niemals die electrische Behandlung allein, sondern in Combination. Bewegung hilft ebenfalls oft nicht, es sei denn, die richtige Art der Bewegung. Einem Patienten half Radfahren, dagegen blieb die Constipation unverändert, auch wenn er täglich viele Meilen zu Fusse ging.

Zur Ausfindigmachung eines passenden Locals wird ein Comité ernannt bestehend aus den Herren Holinger, Memelsdorf und Saurenhaus.

Der Candidat Dr. Max Gilbert wird einstimmig aufgenommen.

A. Decker, Schriftführer.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Cocainisirung des Rückenmarks. Jedlicka (Prag) versuchte die Cocainisirung des Rückenmarks in sieben Fällen, doch da er mit dem Cocain unangenehme Erfahrungen machte, ersetzte er das Cocain durch Eucain und gebrauchte dann dieses Mittel in 93 Fällen mit sehr gutem Erfolge bei verschiedenen Laparotomien und Operationen an den unteren Extremitäten, am Perineum, Scrotum und bei gynäcologischen Operationen. Nach technisch präcise ausgeführter Injection erfolgt nach vier Minuten eine Analgesie, die an den Füssen ihren Anfang nimmt und sich dann segmentartig bis auf den Körper und in 7—10 Minuten bis zum Nabel oder auch bis auf die Brust erstreckt. Die Ausdehnung der Analgesie hängt nicht von der Dosis, sondern von der Verbreitung des Eucains in der Cerebrospinalflüssigkeit ab. Dies kann wieder durch rationelle Lage des Patienten, durch die Menge der Solution und durch Herabsetzung des Liquordruckes begünstigt werden. Demnach ist es gut, vor der Injection etwas Flüssigkeit auszulassen, wenigstens so viel, als injicirt wird. Die Erscheinungen, die nach der Einspritzung auftreten, können in drei Phasen getheilt werden. Die erste Phase ist die der Analgesie, die gewöhnlich vier Minuten nach der Einspritzung anfängt und sich durch Ameisenkribbeln und Einschlafen der unteren Extremitäten kundgiebt. In manchen Fällen gesellen sich noch paralytische Symptome (Gefühl der Schwere in den Beinen), selten fertige Paralysen hinzu. Die Herzaction bleibt bis auf eine Verlangsamung oder Beschleunigung des Pulses, ausser bei Greisen, normal. Bei Greisen ist besser diese Methode zu vermeiden. Andere Symptome, die constatirt wurden, sind Uebelkeit und Erbrechen (nur bei nüchternem Magen), Parese des Sphincter ani, Dermographismus und Erectio penis. In der zweiten Phase fühlt sich der Kranke vollkommen wohl und normal. Die dritte Phase fängt erst 3—6 Stunden nach der Injection an und zeichnet sich durch Kopfschmerzen und Temperaturerhöhung aus. Nach drei Stunden hören diese Symptome auf, ausnahmsweise dauern sie bis zum nächsten Tage. Diese Erscheinungen hält J. für Folgen einer Reaction der Rückenmarkshüllen. Bei grossen Kopfschmerzen kann dem Patienten durch Lumbalpunction und Ausleerung von etwas Cerebrospinalflüssigkeit sofort und gänzlich nachgeholfen werden, oder kann dem auch vorgebeugt werden, indem vor der Injection etwas Flüssigkeit ausgelassen wird; auch auf die Temperatur hat dies einen Einfluss. Versuche mit Injectionen indifferenter Solutionen an Hunden bewiesen, dass eine Spinalalgesie damit nicht erzielt werden kann, um so mehr, als durch die Injectionen keine Rückenmarksdestruction verursacht werden soll. J. empfiehlt die spinale Analgesie auf das Wärmste als eine ausgezeichnete Methode, die keine ernste Gefahren mit sich bringt; besonders bei Herz- und Lungenkranken, wo die Narcose den Patienten grossen Gefahren aussetzt, ist sie von unschätzbarem Werthe. (Sbornik, klin. Bd. II, Heft 3, ref. in Therap. der Gegenwart, 1901, No. 4.)

— Creosotal und Duotal hat Dr. Toff bei nicht tuber-

culösen Erkrankungen der Respirationsorgane angewendet. Das Beobachtungsmaterial T.'s beläuft sich auf 271 Fälle, die meist Frauen und Kinder betreffen. Bei Pneumonien ist die temperaturerniedrigende Wirkung des Creosotals und Duotals eine nicht zu bezweifelnde, obwohl ein wirklich kritischer Temperaturabfall nicht oft beobachtet wurde. Ausserdem wurde der locale Befund in günstigster Weise beeinflusst. Bei lobären Pneumonien nahm die Ausdehnung der gedämpften Zone und des bronchialen Athmungsgeräusches schnell ab und die Expectoration wurde reichlicher. Hauptsächlich war aber die Expectoration eine unvergleichlich leichtere, so dass man von anderen Mitteln vollkommen absehen konnte. Das Allgemeinbefinden wurde ebenfalls in günstigster Weise beeinflusst. T. giebt Erwachsenen 8—10 g Creosotal oder 2—3 g Duotal für 24 Stunden in Emulsio amygdalina und lässt das Mittel stündlich Tag und Nacht nehmen. Bei den acuten Bronchitiden und Bronchopneumonien der Säuglinge war die gute Wirkung des Creosotals eine ganz auffallende, besonders schnell verschwanden die suffocatorischen Erscheinungen. (Deutsche Medicinalztg. 1900, No. 1, ref. in Münch. Med. Wochenschr., 1901, No. 13.)

— Yohimbin. Die westafrikanischen Eingeborenen bereiten seit Langem aus der Rinde des Yohimbehebaumes eine Aufkochung, welche ihnen Stärke verleihen soll, wenn der durch die Sonnenhitze erschlaffte Körper dem durch die gleiche Ursache geschärften Geschlechtstrieb die Erfüllung nicht gewähren will. Spiegel hat aus der Rinde das Yohimbin dargestellt. Dasselbe besitzt nach Untersuchungen von Oberwarth und Löwy eine zweifellose Wirkung auf den Genitalapparat. Es bewirkt eine Hyperaemie der Genitalorgane und führt beim Kater zu geringfügigen, beim Hunde zu starken Erectionen. Mendel sah beim Menschen deutlichen Nutzen in einer Reihe von Fällen, wo Impotenz durch reizbare Schwäche oder paralytische Impotenz vorlag. Zur Anwendung dürften sich am besten die von der chemischen Fabrik Güstrow hergestellten Tabletten a 0,005 g des Yohimbinchlorhydrats empfehlen. (Therap. Monatsh. XI, 1900, ref. Münch. Med. Wochenschr., 1901, No. 13.)

Kleine Mittheilungen.

— Gynäcologencongress. In Giessen tagte vom 28. bis 30. Mai d. J. der Congress der deutschen Gesellschaft für Gynäcologie unter Theilnahme der bekanntesten Vertreter ihres Specialfaches. Anwesend waren: Olshausen, Hegar, v. Winckel, Döderlein, Brunner, Runge, Martin, Fritsch, Schatz, Zweifel, Hofmeier, Leopold, Fehling, Freund, Winter, Gessner, Rosthorn, Chrobak, Müller, Wydal, Vest, Nyhoff, Majer. Es wurden über 100 Vorträge gehalten, darunter über Eclampsie, Carcinoma uteri. Den Vorsitz führte Löhlein; als nächster Versammlungsort ist Würzburg bestimmt worden. (Allg. Wiener Med. Ztg., 1901, No. 24.)

— Verzogen: Dr. G. Schoeps nach 206 West 122. Strasse; Dr. A. Volkenberg nach 315 Ost 17. Strasse; Dr. Ernst Schottky nach 69 Sherman Strasse, Passaic, N. J.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XIII. New York, Juli 1901. No. 7.

Ueber luetischen Primäraffect der Nase.*)

Von Dr. W. Freudenthal, New York.

Die extragenitale Syphilisinfection ist nichts Neues und ihr Vorkommen leider ein zu häufiges, als dass es besonders bemerkt werden sollte. Doch dürfte der weiter unten zu beschreibende Fall, auf dem meine Erfahrung beruht, Ihnen vielleicht einige Punkte von Interesse darbieten. Bevor ich aber in die Beschreibung desselben eingehe, möchte ich mir erlauben, einiges über extragenitale Infection im Allgemeinen zu sagen. Wohl am häufigsten trifft man den Primäraffect in und am Munde, und die Uebertragbarkeit durch Küssen betrifft wohl gerade am meisten die unschuldigen Kinder. Dass diese Fälle verhütet werden können und sollen, das brauche ich in dieser Versammlung nicht hervorzuheben. Vielleicht aber dürfte es gerathen sein, von Neuem einen Mahnruf ergehen zu lassen, um dem unsinnigen Küssen der Kinder auch von Seiten jeder beliebigen fremden Person künftig zu steuern. Ob wir Aerzte damit einen Erfolg haben werden, das bleibt dahingestellt. Wir dürfen es aber nicht versäumen, das Publicum immer von Neuem auf die Gefahren dieser und ähnlicher Infectionen hinzuweisen.

Die Initialsclerose der Zungenspitze und der Tonsillen wird auch hier und da berichtet. Doch viel häufiger tritt sie an den Brüsten auf. Der interessanteste Beitrag über diese Frage

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 6. Mai 1901.

wurde vor etwa 11 Jahren von A. Pospelow[1] veröffentlicht. Seine Erfahrung erstreckte sich über eine Periode von 10 Jahren, und die Summe der von ihm während dieser Zeit beobachteten extragenitalen Syphilome belief sich auf 198 Fälle. Er fand an den Lippen des Mundes 49 Fälle (20 bei Männern, 29 bei Frauen), an der Zunge 3 (1 Mann, 2 Frauen), im Rachen 46 (14 Männer, 32 Frauen), am Zahnfleisch 1 (ein Mann), an der Brustdrüse 69 (bei 69 Frauen), am Kinn 1 (eine Frau), an der Nase 1 (ein Mann), an den Augenlidern 3 (3 Männer), am Rumpf 10 (10 Männer), am Anus 5 (bei 5 Frauen), an den oberen Extremitäten 6 (3 bei Frauen, 3 bei Männern), an den unteren Extremitäten 4 (bei 4 Frauen). Von diesen 198 Fällen waren 146 Frauen und 53 Männer. Das Ueberwiegen der Frauen ist wohl hauptsächlich dem Umstand zuzuschreiben, dass sie durch syphilitische Säuglinge, die sie nährten, an den Brustdrüsen inficirt wurden. Gerade die Hälfte aller dieser Fälle (99) waren in und am Mund. Es ist nicht zweifelhaft, sagt C. Bruhns[2], dass nur in den allerwenigsten Fällen diese Primäraffecte durch abnorme sexuelle Veranlagung ihrer Träger erworben sind. Die ganz gewöhnliche Art der Entstehung der Primäraffecte am Munde ist bedingt einmal durch Küssen seitens Personen mit frischen Syphiliserscheinungen und ferner auch häufig durch den Gebrauch von inficirten Gläsern, Gabeln und anderen Geräthschaften, sowohl im häuslichen und geselligem Verkehr, wie auch im gewerblichen Betrieb. Hierher gehört die früher nicht seltene Syphilis der Glasbläser, bei denen dadurch, dass das Blasrohr rasch von Mund zu Munde wanderte, ganze Endemien von extragenitaler Luesinfection in den einzelnen Fabriken zustande kamen. Hierher gehören die beobachteten Fälle von Primäraffecten am Munde bei Tapezieren, ferner bei Näherinnen, und anderen, die ihre Infection sich zuzogen durch den Gebrauch, die Nägel oder die Nadel mit dem Munde zu halten. Dass die durch gemeinsamen Gebrauch häuslicher Geräthschaften entstandenen Syphilisinfectionen im Munde häufig in den niederen Schichten der Bevölkerung vorkommen, wo mit vollkommener Unkenntniss dieser

[1] Pospelow: Ueber extragenitale Syphilisinfection. Archiv für Dermatologie und Syphilis. Pag. 59, 1889.

[2] Berliner klinische Wochenschrift, pag. 999, 1900.

Dinge und Indolenz öfter der absolute Mangel an Reinlichkeit und die Nothwendigkeit, sehr eng zusammenzuleben, Hand in Hand geht, hebt Pospelow mit Recht hervor.

Diese Fälle nun bieten heutzutage nichts Neues mehr dar, aber sie bleiben doch immer von grossem klinischen Interesse. „La connaissance de ces contagions insolites, excentriques, extraordinaires" sagt Fournier in seinen Leçons sur la Syphilis[1], „n'est pas seulement affaire de curiosité, elle comporte un intérêt sérieux, un intérêt veritablement clinique." Von vielleicht noch grösserem Interesse sind die primären Schanker der Nase, von denen jedoch verhältnissmässig wenige in der Literatur berichtet worden sind. Gestatten Sie mir einige derselben hier aufzuführen. Nach O. Seifert[2] war der erste, der einen derartigen Fall berichtete, Spencer Watson von London. Pospelow beschreibt den Fall eines 36jährigen Mannes, bei dem das sclerosirte Primärgeschwür den ganzen rechten Nasenflügel einnahm. Die Submaxillardrüsen waren auf beiden Seiten vergrössert und fühlten sich hart an. Beides war mehr prononcirt auf der rechten Seite. Die Infection hatte wahrscheinlich durch ein Handtuch stattgefunden, das von mehreren Hausgenossen des Patienten gemeinschaftlich benutzt worden war, von denen einer zweifellos syphilitisch war. Aus der Leser'schen Poliklinik in Leipzig berichtet M. Krelling den Fall einer 35jährigen Frau, gleichfalls mit Primärsclerose des rechten Nasenflügels. A. Morel-Lavallée[3] sah zwei Fälle von primären Syphilomen an der Nase. N. S. Speransky behandelte einen Fall, bei dem sich der harte Schanker nach einem Biss in die Nase entwickelt hatte, und William C. Wood[4] beschreibt einen interessanten Fall von acquirirter Syphilis, wo ein Mann im betrunkenen Zustand einen Gefährten mit der Faust auf den Mund schlug, und zwar so, dass kaum ein Tropfen Blut floss, und gleich darauf entstand Syphilis der Hand. Der auf den Mund geschlagene Gefährte war von Wood wegen Syphilis

[1] 1881, pag. 43.

[2] Deutsche Med. Wochenschrift, p. 10, 110, 1893.

[3] Annales de Dermatologie et Syphilis, 1888, p. 375, Vol. XIV.

[4] New York Med. Journal, p. 184, 1888, Vol. XLVII.

am Munde behandelt worden, so dass über die Echtheit der Diagnose kein Zweifel ist.

Sehr selten und vielleicht einzig in ihrer Art ist die von A. Jacobi in Königsberg in Preussen beschriebene Localisation des Primäraffectes der Nasenschleimhaut, wo die Initialläsion an der mittleren Muschel eines verheiratheten Sergeanten gefunden wurde. Ueber die Art der Infection konnte absolut nichts eruirt werden. A. Lament[1] beobachtete einen Mann, der den primären harten Schanker an der Wurzel der Nase zeigte zwei Monate bevor die Eruption am übrigen Körper erschien. Vielleicht gehört in dieselbe Kategorie der von Geo. L. Richards[2] kurz erwähnte Fall eines Collegen. Der letztere hatte sich einen primären Schanker der Nase zugezogen (nähere Details fehlen), nachdem er eine Frau per Vaginam untersucht hatte und sich nachher, ohne die Hände zu desinficiren, mit den Fingern in der Nase gebohrt hatte. Die Frau war syphilitisch gewesen.

Da ich einen Fall in meiner Behandlung hatte mit genau derselben Anamnese, da die Localisation der Initialsclerose so ungewöhnlich und die Krankheit so schwer zu diagnosticiren war, dass sie von mehreren hiesigen hervorragenden Rhinologen im Anfang gar nicht erkannt wurde, und da der Patient selbst, der ein hiesiger Arzt ist, mich ersuchte, seinen Fall zu veröffentlichen, so gestatte ich mir, Ihnen jetzt das Nähere hierüber mitzutheilen.

Dr. N. H., 32 Jahre alt, erfreute sich stets einer sehr guten Gesundheit, bis er vor einigen Wochen anfing, eine Trockenheit in seiner Nase zu verspüren. Es wurde ihm namentlich des Nachts schwer durch die Nase zu athmen, und er fühlte, als ob der Hals auch geschwollen wäre. Eines Morgens bemerkte er eine kleine Wunde auf der rechten Seite des Septum narium. Die Symptome wurden langsam heftiger. Während des Tages hatte er keine Beschwerden im Athmen, d. h. so lange er in der Ausübung seiner Praxis sich ausserhalb des Hauses befand. Aber sobald er in seine durch Dampfheizung überwärmte Woh-

[1]Chancre extragénital siégeant à la racine du nez. Gazette Médicale de Paris, 1887.

[2]Syphilis of the upper Air Tract, Journal Am. Med. Assn., Nov. 24. 1900, p. 1327.

nung heimkehrte, bemerkte er sehr bald, dass das Athmen schwerer wurde. Nun consultirte er einen hiesigen Rhinologen, der ihm einen Nasenspray verordnete, worauf jedoch gar keine Erleichterung eintrat. Dann benützte er auf sein eigenes Urtheil hin eine Salbe local, ohne jedoch Erleichterung zu finden. Da seine Beschwerden immer unangenehmer wurden, consultirte er mehrere andere Specialisten und kam schliesslich zu mir. Er klagte über Stirnschmerz und die anderen bereits erwähnten Symptome. Die Trockenheit war jetzt so stark, dass, wenn er auch nur eine kurze Zeit in seinem Zimmer war, seine Nase sich verschloss und er dieselbe ausspritzen musste. Des Nachts war er gezwungen, drei bis viermal aufzustehen, um seine Nase anzufeuchten, doch nichts half ihm. Ich möchte jetzt hier erwähnen, dass der College etwa vier Wochen nach dem Beginn seiner Beschwerden bemerkte, dass die Occipitaldrüsen der rechten Seite und auch die Drüsen auf dem Kopf (rechts) anfingen zu schwellen und ihn zu schmerzen. Der Patient erklärte, dass er nicht an Influenza gelitten hätte, obwohl dieselbe gerade damals in der hiesigen Stadt endemisch war. Er hatte jedoch Fieber und Frostanfälle gehabt, die aber bald verschwanden.

Als ich den Patienten untersuchte, fand ich eine ausgesprochene Rhinitis atrophica und auf der rechten Seite des Septum narium eine kleine Erosion, welche genau aussah wie der Anfang eines perforirenden Geschwürs des Septum. Diese Geschwüre hatte ich häufig genug sich entwickeln sehen in Folge von Bohren mit dem Finger, und der College hatte auch diese Gewohnheit. Auf dem Kopfe und Hinterkopf war eine ganze Kette von geschwollenen Drüsen, die sich auf der rechten Seite von der Schläfe bis in den Nacken hin erstreckten. Erst etwas später wurden auch die Drüsen auf der anderen Seite geschwollen. Es ist eigenthümlich, dass ich gerade in jenem Winter mehrmals Gelegenheit hatte, derartige Drüsenschwellungen in Fällen von Influenza der oberen Luftwege und des Ohres zu beobachten, und diese Symptome zusammen mit dem Fieber veranlassten mich zu der Annahme, dass wir es hier mit den Folgeerscheinungen einer genuinen Influenza zu thun hatten, trotzdem der College das ursprünglich nicht geglaubt hatte. Ich machte also die bei atrophischer Rhinitis gewöhnlichen Applicationen in der Nase, verordnete die gebräuchlichen

hygienischen Maassnahmen und erwartete, dass die Beschwerden in kurzer Zeit verschwinden würden. Anstatt dessen wurden sie schlimmer. Die Erosion wurde grösser, obwohl der College positiv behauptete, nicht wieder mit dem Finger in der Nase gebohrt zu haben. Jetzt fingen auch die Drüsen auf der anderen (linken) Seite zu schwellen an. Aus der Erosion wurde ein ausgesprochenes Ulcus, die Submaxillardrüsen der rechten Seite wurden ergriffen und geschwollen, und endlich bot das Geschwür das characteristische Aussehen eines specifischen Ulcus dar mit erhabenen Rändern, welche sich über das Niveau der übrigen Schleimhaut erhoben u. s. w., u. s. w. Jetzt war die Diagnose für mich nicht mehr zweifelhaft, aber die Situation eine precäre, da der College seit 6 Monaten glücklicher Ehemann war. Jedoch als ich ihm meine Ansicht über die Natur seines Leidens sagte, erinnerte er sich vor einiger Zeit in einer hiesigen Klinik eine Frau per vaginam untersucht zu haben, von welcher erst später bekannt wurde, dass sie syphilitisch war. Zweifellos hatte er, während er diesen interessanten Fall mit einigen Collegen besprach, es übersehen seine Hand gleich zu desinficiren und hatte sich im Eifer des Gesprächs mit dem Finger in der Nase gebohrt und auf diese Weise das gefährliche Virus in seinen Körper hineingebracht.

Sehr bald erschienen denn nun auch die secundären Eruptionen auf dem ganzen Körper, und die Krankheit verlief glücklicherweise in einer sehr milden Form. Er ist jetzt nach zwei Jahren vollständig gesund und fühlt sich ebenso wohl wie früher.

Wenn wir nun diesen Fall kurz überblicken, so sehen wir, dass hier vielleicht mehr als in anderen Fällen von extragenitalen Schankern die Diagnose erschwert war. Die Kette der geschwollenen Drüsen veranlasste uns nicht an Syphilis zu denken, denn wie ich oben bemerkte, wurde der Patient gerade während einer Influenzaendemie krank und während einer Zeit, wo ich ähnliche Fälle von Drüsenschwellung zufälliger Weise wiederholt gesehen hatte. Da die ersten Symptome auch hier Fieber und Schüttelfröste waren, so ist der Irrthum wohl erklärlich. Erst geraume Zeit später fingen die Submaxillardrüsen, die von P o s p e l o w und anderen Autoren als pathognomonisch angesehen werden, zu schwellen an. Keiner von diesen Schriftstellern erwähnt jedoch eine Schwellung

der Kopf- oder Nackendrüsen, selbst nicht in jenen Fällen, wo die Primäraffecte in den höheren Theilen der Nase (mittlere Muschel) localisirt waren. Ein anderer Umstand, der die Diagnose erschwerte, war der Sitz der Ulceration am Septum narium und gerade an jener Stelle, wo das von Voltolini sog. Ulcus septi nasi perforans gewöhnlich localisirt ist.

Da diese letzteren Ulcera von grosser Wichtigkeit sind, so müssen wir dieselben für einen Augenblick näher ins Auge fassen. Wir wissen, dass Perforationen der Nasenscheidewand nicht nothwendiger Weise immer luetischen Ursprungs sind, wie früher allgemein geglaubt wurde. Sie sind häufig vielmehr nur das Resultat des Bohrens mit dem Finger in der Nase. Dieses Bohren verursacht eine Blutung, Excoriationen, Ulcerationen, welche in jedem Stadium heilen können, und schliesslich eine Perforation. Warum bohren nun diese Leute mit dem Finger in der Nase? Die Antwort auf diese Frage ist sehr einfach. Gewöhnlich leiden sie an einer trockenen Rhinitis mit Krustenbildung, und in dem Bestreben diese Krusten loszuwerden, benützen sie den Finger. Im Anschluss hieran gestatten Sie mir, aus einem Vortrag, den ich im Jahre 1891 veröffentlichte, Ihnen hier kurz den folgenden Fall zu citiren: Henry L., ein 65jähriger Tischler, Deutscher von Geburt, bekam vor 7 Jahren Schmerzen in der linken Supraorbital-Gegend, die bald sehr heftig wurden. Sie zogen sich nach der Nase zu, und an der ganzen linken Seite der Nase entlang nach unten und dehnten sich allmählich über die ganze linke Gesichtsseite aus. Der hauptsächlichste Schmerz war in der Gegend der Fossa canina und am Nasenflügel, sowie am Zahnfleisch des linken Oberkiefers. Es ist also klar, dass wir es hier mit einer Infraorbital-Neuralgie zu thun hatten.

Mit denselben Beschwerden kam Patient etwa vor zwei Jahren in meine Behandlung. Er ist ein höchst nervöser und aufgeregter Mensch, der fortwährend mit dem Finger in oder an der Nase herumarbeitet und zwar in so komischer Weise, dass man beim Anblick desselben kaum ein Lächeln unterdrücken kann: „Es juckt und klopft und sticht in einem fort da drinnen herum," so dass er deswegen gar nicht schlafen kann. Auch seinem Berufe als Tischler konnte er aus diesem Grunde nicht nachgehen.

Er hatte eine atrophische Rhinitis und eine Hypertrophie der linken unteren Muschel.

Die Muschel wurde cauterisirt, jedoch ohne den geringsten Erfolg, und Patient verschwand sehr bald aus meiner Behandlung. Vor einem Jahre kam er wieder zu mir mit genau denselben Erscheinungen, um wiederum nach kurzer Zeit aus meinem Gesichtskreise zu entschwinden. Anfang Januar dieses Jahres kam er zum dritten Male wieder, und ich war nicht wenig erstaunt, als ich bei der Untersuchung der Nase eine vollständig ausgebildete Perforation der knorpeligen Scheidewand vorfand. Dieselbe war oval und von links unten nach rechts oben gerichtet. Die Perforations-Oeffnung war auf der linken Seite grösser, als rechts. Die Schleimhaut an den Rändern äusserst dünn und glatt, keine Ulceration.

Ich fragte mich nun, woher diese Perforation entstanden sei und dachte natürlich auch an Syphilis, und wiewohl absolut keine andern Symptome vorhanden waren, bekam Patient doch Jodkalium in grossen Dosen, ohne dass jedoch ein Resultat erzielt werden konnte. Auch eine Schmierkur führte zu demselben negativen Erfolge, und die Frage nach dem Ursprung dieser Perforation entstand zum zweiten Male. Tuberculose war auch nicht vorhanden, und ich konnte nicht umhin, mich jetzt definitiv zu der Ansicht zu bekennen, dass wir es hier mit einem genuinen Ulcus septi nasi perforans zu thun hatten, eine Ansicht, die ich aber durch Ausschluss von Syphilis und Tuberculose erst bekräftigen zu müssen glaubte.

Der Patient bohrte sich mit dem Finger in der Nase herum, wann immer ich ihn auch sah, und so entstand im Laufe eines Jahres — denn im vorigen Jahre war noch keine Spur davon vorhanden — ein Ulcus, und dann in der oben beschriebenen Weise eine Perforation, wie wir sie jetzt vor uns sehen. An dieser möchte ich noch als sehr characteristisch hervorheben den eigenthümlichen ovalen Defect gerade im knorpeligen Theile der Nasenscheidewand, und gerade in der Richtung, wie er mit dem Finger bohrte; ferner die ganz erhebliche Verdünnung der Schleimhaut am Rande des Loches, und endlich den Mangel einer jeden pathologischen Veränderung in der Umgebung der Perforation.

Wenn wir nun zu unserem Collegen zurückkehren, so bemerken wir, dass er im Anfang ganz ähnliche Beschwerden

hatte. Er hatte eine sehr trockene Rhinitis und den Anfang eines perforirenden Geschwürs der Nasenscheidenwand. Dieses Geschwür hatte in den ersten Wochen sicherlich nicht das Aussehen eines syphilitischen. Ganz im Gegentheil zu den sonst gewöhnlichen Erscheinungen sah es sehr rein aus, wahrscheinlich weil der College so sehr häufig seine Nase ausspritzte, badete und Inhalationen machte. Erst später, als die Induration erschien im Zusammenhang mit den Schwellungen der Submaxillardrüsen, wurde mir der Fall klar. Der College hatte zweifellos die Gewohnheit, in seiner Nase herumzubohren, und die Form des Geschwürs erinnerte mich sehr an den soeben citirten Fall des Tischlers, und vielleicht würde er mit seiner atrophischen Rhinitis als einer permanenten Ursache früher oder später auch ein perforirendes Geschwür des Nasenseptums acquirirt haben, aber natürlich nicht auf specifischer Basis.

Noch einen Punkt möchte ich hier in aller Kürze erörtern. Ist es nöthig, dass eine Verletzung der Epitheldecke stattgefunden hat, bevor das syphilitische Gift in den Körper eindringen kann? Es scheint, als ob dies nicht immer nothwendig wäre, denn die meisten der extragenitalen Schanker im und am Munde zeigten keine Verletzungen an diesen Stellen. Wir haben ein Analogon in dem tuberculösen Gift. Hier wurde von mehreren Autoren nachgewiesen, dass der Tuberkelbacillus auch die intacte Schleimhaut durchdringen kann. Aber der Unterschied in der Weiterentwickelung der beiden Infectionen ist ein sehr markanter. In Wood's Falle bekam ein Mann Syphilis, nachdem er sich kaum den Finger geritzt hatte. Dies würde sehr selten, vielleicht niemals stattfinden bei der Tuberculose, wo die Vitalität des Individuums geschwächt sein muss, um der weiteren Entwickelung und Verbreitung des Tuberkelbacillus förderlich zu sein. Ich erwähne dies nur nebenbei, weil gerade in der letzten Zeit die Ansichten verschiedener Autoren über diesen Punkt auseinandergehen.

Zum Schluss möchte ich nur sagen, dass es zweifellos viel mehr Fälle giebt, wo Aerzte in ähnlicher Weise, wie oben beschrieben, inficirt wurden; aus leicht erklärlichen Gründen jedoch werden diese Fälle nicht veröffentlicht.

Wenn die Collegen daran denken wollten, dass sie die gewöhnlichen Sicherheitsmaassregeln gegen eine Infection nicht

nur ihren Patienten gegenüber anwenden müssen, sondern auch zu ihrer eigenen Sicherheit, so würden derartige Unfälle wohl in den meisten Fällen mit Leichtigkeit vermieden werden können.[1]

Gynaecologische Krankheitsbilder von Allgemeininteresse.*

Von Dr. F. Foerster.

Ich beabsichtige aus dem gynäcologischen Gebiete zwei Krankheiten hervorzuheben, welche mir geeignet erscheinen, vor dieser, hauptsächlich aus practischen Aerzten bestehenden Gesellschaft, mit Interesse besprochen zu werden.

Erlauben Sie mir erst einige einleitende, allgemeine Bemerkungen, die Gynäcologie selbst und die Stellung des Practikers zu derselben betreffend.

Die Entdeckung der anästhesirenden Eigenschaft des Aethers und des Chloroforms, sowie die Erkennung des Werthes der Antisepsis hatten in der Chirurgie im Allgemeinen und in der Gynäcologie im Besonderen epochemachende Fortschritte bewirkt. Operationen, deren Möglichkeit früher ausser aller Frage gestanden wären, konnten erdacht und ausgeführt werden.

Zunächst waren die Erfolge ermuthigend, doch nicht befriedigend; man begann nach technischen Fehlern zu suchen, und als Resultat der Bemühungen können wir das Fallenlassen der Antisepsis und die Aufnahme der aseptischen Operationsweise betrachten. Sobald man einmal zur Erkenntniss des Werthes der Asepsis gelangt war, zeigte es sich bald, dass die Operationserfolge sich wesentlich besserten.

---

[1] Nachdem dieser Artikel beendigt war, fand ich einen interessanten Bericht von Sendziak in Warschau (Ueber luetischen Primäraffect in der Mund- und Rachenhöhle, sowie in der Nase und den Ohren. Monatsschrift für Ohrenheilkunde, p. 419, 1900), auf welchen ich noch besonders hingewiesen habe möchte.

*) Vortrag, gehalten mit Demonstration von Präparaten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 6. Mai 1901.

In den neunziger Jahren wurde Manches an der herkömmlichen Operationstechnik geändert. Die einzelnen Operationen wurden genauer Beurtheilung unterworfen und auf ihren Werth geprüft. Neue Verfahren, sowie Modificationen bestimmter, bereits bekannter Operationen, kamen in Vorschlag. Doch es wurde wenig Bleibendes geschaffen. Wenn wir das Resultat zusammenfassen, können wir sagen, die Arbeiten der Pioniere unserer Specialität gelten uns heute noch als mustergültig, die Neuzeit mit all den Hülfsmitteln der modernen Forschung hat sie geprüft und ihren inneren Werth anerkannt.

Unser Augenmerk wird in der nächsten Zukunft nicht auf eine Vermehrung der Operationsweisen, wohl aber auf eine Vervollkommnung der gebräuchlichen Operationen gerichtet sein müssen.

Die Pathologie, welche gerade in dem letzten Vierteljahrhundert so riesige Fortschritte gemacht hat, wird in der Entwickelung unserer Wissenschaft entscheidender mitsprechen. In sehr erfreulicher Weise hat sich die Stellung des allgemeinen Arztes zur Gynäcologie und der damit eng verbundenen Geburtshülfe geändert. Zweifelsohne ist dieses in erster Linie der Vervollkommnung des theoretischen und practischen Unterrichts zu verdanken. Andererseits aber mag das zielbewusste Streben in der Gynäcologie, sowie die erreichten günstigen Resultate auch die älteren Collegen zu mehr sachgemässer Behandlung angeregt haben.

Der Arzt hat die gynäcologischen Erkrankungen chirurgisch denkend zu betrachten und zu behandeln gelernt. Ebenso hält er es in der Geburtshülfe für seine Pflicht, etwaige beim Geburtsact vorkommende Verletzungen, wenn möglich, sogleich zur Heilung zu bringen. Für die Anwendung der Zange sind strengere Grenzen gezogen. Es kommen dadurch in Wegfall für unsere Beobachtung viele jener Folgezustände schwerer Läsionen nach übereilter oder unrichtiger Anwendung der Zange. Kleinere chirurgische Eingriffe, wie Curettage, plastische Operationen an der Cervix sowie dem Perineum werden unter Beachtung aseptischer Cautelen zum Vortheil der Patientin vom Practiker selbst ausgeführt. Die intrauterine, medicamentöse Behandlung der Gebärmutterleiden, sowie der Gebrauch der Sonde, haben eine nöthige Beschränkung erfahren,

und, wenn auch nicht ganz verlassen, werden sie doch mit dem gehörigen Verständniss geübt.

Natürlich hat sich unter den Umständen die Arbeit des Specialisten wesentlich geändert, besteht nun hauptsächlich in der Vornahme grösserer Operationen. In der Consultationspraxis sind die Fortschritte, welche vom allgemeinen Arzt in der Beurtheilung und Behandlung der weiblichen Genitalerkrankungen gemacht wurden, evident. Die Thatsache, dass darin gerade die jüngere Generation Besonderes leistet, lässt wieder darauf schliessen, dass die Allgemeinschulung in unseren Anstalten eine bessere geworden.

Verhältnissmässig selten sind Vorkommnisse geworden, wie ich zwei derselben nachfolgend anführen möchte.

Ein jüngerer College ersuchte mich, eine Patientin mit ihm in Consultation zu sehen. Ich fand eine Frau in den fünfziger Jahren, welche durch erschöpfende uterine Blutungen an das Bett gefesselt war. Hautfarbe wachsern, Patientin äusserst anämisch. Seit 3 Jahren war die Frau von ihrem Hausarzte, der an 25 Jahren das volle Vertrauen der Familie genoss, für uterine Blutungen behandelt worden. Während dieser ganzen Zeit soll der Arzt nie eine locale Untersuchung vorgenommen haben, er hatte seinen ganzen Arzneischatz erschöpft in der Behandlung der Metrorrhagien, die er der kommenden Menopause zuschrieb. Der Zustand der Patientin wurde schliesslich so beunruhigend, dass die Familie die Behandlung dem älteren Collegen entzog. Der junge College, dem der Fall anvertraut wurde, bestand auf sofortiger Untersuchung; er fand, wie ich leider nur bestätigen konnte, ein weit vorgeschrittenes Uteruscarcinom, das alle umliegende Theile schon in Mitleidenschaft gezogen hatte. An Operation war natürlich nicht mehr zu denken. Eine Beurtheilung des Verhaltens des betr. Arztes mögen Sie mir erlassen.

Ein anderes Bild: Eine Arbeiterfrau wird mir von ausserhalb zugeschickt. Patientin ist 54 Jahre alt, hat nie geboren. Schon als Mädchen litt sie an Menorrhagien. Seit mehreren Jahren bemerkte sie eine Geschwulst im Abdomen, dieselbe nahm innerhalb der letzten zwei Jahren sehr an Umfang zu. Die Blutungen wurden immer stärker und anhaltender, so dass sie kaum 8 Tage während des Monats ohne Blutverlust verbringt. Das Aeussere der Patientin zeigt hochgradige Anä-

mie. Seitdem sie die Vergrösserung der Geschwulst beobachtete, hatten sich erst leichtere, dann schwerere Entzündungserscheinungen eingestellt. Vor Kurzem hatte Patientin 9 Wochen wegen Peritonitis im Bett zugebracht. Patientin leidet an beständigem Harndrang und Stuhlverhaltung, sie fühlt sich äusserst elend. Bei der Untersuchung fand ich ein mannskopfgrosses Uterusmyom, dem auf der linken Seite nach oben ein zweifaustgrosser, cystischer Myomknoten aufsass. Die Geschwulst war beweglich, allem Anschein nach waren nur in der Gegend des cystischen Knotens, wo jedenfalls die Entzündungsprocesse sich abgespielt haben, mässige Adhäsionen zu erwarten. Ich rieth der Frau, nach einiger Zeit der Erholung, im Hospital sich der Operation zu unterziehen. Sie willigte auch ein, indem sie angab, das Leben unter gegenwärtigen Umständen wäre ihr unerträglich. Aus mir unbekannten Gründen wendete sich die Patientin trotzdem an einen anderen Arzt, einen älteren Herrn, Consiliarius einer anderen Specialität betr. seiner Meinung. Ob der College die Patientin untersucht hat, ist aus dem mir zugegangenen Brief nicht ersichtlich, wohl aber, dass er der Frau den Rath gab, sich nicht operiren zu lassen, da Patientin ihrem Climacterium nahe sei, könne sie ohne Gefahr zu laufen, den Eintritt desselben abwarten, die Geschwulst werde dann verschwinden.

Im Anschluss an beide Fälle erlauben Sie mir einige Bemerkungen. Carcinoma uteri kommt in den letzten Jahren weniger oft unter meine Beobachtung als früher. Carcinome im Anfangsstadium sehe ich selten, die meisten Fälle sind weit vorgeschrittene Carcinome, in welchen die unglücklichen Frauen selbst, ohne den Arzt zu Hülfe zu ziehen, einen schmerzlosen, mehr oder weniger constanten Blutverlust als Erscheinung der Menopause zu deuten versuchten. Seltener sind zum Glück Fälle obiger Categorie, um so drastischer wirken sie bei deren Vorkommen.

Ich weiss wohl, dass diese Beobachtung der Abnahme von Fällen von Uteruscarcinom nicht allgemein ist, glaube aber, dass sie für America, und besonders die grösseren Städte, gelten mag, von Europa wird fast das Gegentheil berichtet. Die Gründe der Abnahme der Carcinom-Casuistik möchte ich in erster Linie in genannter Wahrnehmung suchen, dass der Arzt gelernt hat, chirurgisch zu denken und die Tragweite auch verhältnissmässig kleiner Defecte zu bemessen.

Endometritiden werden nun allgemein prompt behandelt, weniger als früher medicamentös, öfter durch ausgiebige Abschabung des Uterusinnern.

Cervixläsionen werden zur Zeit der Geburt oder kurz nach derselben geschlossen. Alte Cervixrisse mit Ectropion werden nicht mehr wie früher expectativ mit Jodtinctur oder Holzessig behandelt, der moderne Arzt schickt sich an, sie operativ zur Heilung zu bringen.

Bewusst oder unbewusst wird der betr. Arzt seiner möglicher Weise an beginnendem Cervixepitheliom erkrankten Patientin nützen, wenn er die kleine Operation zeitig ausführt. Ist erst einmal die Gewissenhaftigkeit des Arztes so weit gediehen, dass er anscheinend so kleine Defecte wie einen Cervixriss mit der nöthigen Umsicht betrachtet, so wird er auch sicher nicht unterlassen, die entfernten Theile einer microscopischen Untersuchung zu unterziehen zur wissenschaftlichen Controlle seiner Handlung. Werden auf Krebs verdächtige, pathologische Veränderungen gefunden, so versteht es sich von selbst, dass der Fall von nun an ganz besonderer Aufmerksamkeit unterliegt.

Die vom allgemeinen Arzt bevorzugte Operation ist die Trachelorrhaphie, doch oft wird auch Amputatio cervicis vorgenommen. Dass Carcinoma uteri häufig in der Cervix und zumal in alten Cervixrissen seinen Ausgangspunkt nimmt, ist allbekannte Thatsache; über 25 Procent aller Uteruscarcinome entstehen in Cervixläsionen.

Der Procentsatz der Carcinome in Nulliparis ist klein, verglichen mit dem der Multiparae, je mehr Kinder eine Frau geboren hat, desto grösser sind ihre Chancen zur Entwicklung eines Krebses.

Eine Trachelorrhaphie oder gar eine Amputatio cervicis mag wohl im Stande sein, Cervixcarcinom im Frühstadium zu beseitigen. Wir wissen, dass die Amputatio cervicis, zumal die hohe Amputation zielbewusst wegen Cervixcarcinom ausgeführt, auch ihre günstigen Resultate aufzuweisen hat, so dass es manchen fraglich erscheint, ob wegen des Cervixcarcinoms der ganze Uterus soll entfernt werden, zumal da es eine Thatsache ist, dass vereinzelte Carcinomherde im Corpus neben Cervixcarcinom zu den Seltenheiten gehören. Das Verhältniss der Cervixcarcinome zu Corpuscarcinomen ist etwa 3:1 (unter 275 Fällen wurde blos 2 Mal Corpuscarcinom beobachtet).

Obwohl die Bedeutung dieser verhältnissmässig kleinen Eingriffe in der Prophylaxe, selbst in der Heilung des Cervixkrebses anerkannt werden muss, so möchte ich doch nicht gesagt haben, dass Amputatio, ja selbst hohe Amputation der totalen Extirpation des Uterus für Carcinoma cervicis vorzuziehen wäre. Der Fachmann muss sicher letztere Operation wählen, wenn er dem Fall gerecht werden will, zumal wenn die Patientin dem Climacterium nahe ist, oder dasselbe überschritten hat.

Ein anderer Factor, der zur Besserung der Uteruscarcinom-Casuistik als erklärend kann herangezogen werden, ist die doch immerhin sich bessernde Erziehung des Publicums. Wenn die Leute auch nur langsame Fortschritte in der Aneignung der Principien der Hygiene machen, so lassen sich dieselben doch nicht leugnen. Denn eine Frau, die heutigen Tags an einem Fluor oder unregelmässigen Blutungen leidet, hat, belehrt durch die von anderen gemachten traurigen Erfahrungen, gelernt, einen Arzt zu Rathe zu ziehen. Ebenso ist es Thatsache, dass das Ausmerzen der Kurpfuscherei der Hebammen und anderer Quacksalber sicher auch auf diesem Gebiet gute Früchte trägt.

Im Allgemeinen können wir in Bezug auf die Behandlung der Uteruscarcinome sagen, dass die Amputatio, sowie die totale Extirpation um so bessere Resultate liefern, je früher sie unternommen.

Corpuscarcinom giebt die beste Prognose auf Dauererfolg, eine weniger günstige Cervix- und Portiocarcinom. Das Verhältniss der Recidive von Portio- zu Cervixcarcinom ist ungefähr 2:1.

Es muss zugestanden werden, dass unsere Dauerresultate bei Gebärmutterkrebs nicht sehr glänzend zu nennen sind, dabei sind meine Erfahrungen nicht besser oder schlechter, als die anderer Operateure. Es liegt dies eben in der Natur der Sache, da wir die Fälle in allen möglichen Stadien krebsiger Entartung zur Behandlung bekommen. Enttäuschungen unter solchen Umständen können nicht ausbleiben, aber ein Fall von rechtzeitig erkanntem Carcinom, wo die Frühoperation das Leben der Patientin gerettet hat, entschädigt für viele bittere Erfahrungen. Mein erster Fall von Totalexstirpation

wegen microscopisch festgestelltem Cervixcarcinom, vor 15 Jahren ausgeführt, ist heute noch gesund.

Ob die Exstirpation des carcinomatösen Uterus per vaginam oder per laparotomiam vorzunehmen ist, hängt von der Eigenart des Falles ab, allgemeine Regeln lassen sich da kaum aufstellen.

Die vaginale Operation sollte jedoch immer bevorzugt werden in Fällen von Cervixcarcinom oder microscopisch constatirtem Corpuscarcinom, erstens weil der Eingriff für die Patientin ein leichterer ist, und zweitens, weil durch eine Laparotomie erfahrungsgemäss der Heilerfolg nicht verbessert wird. Portiocarcinome, besonders in Fällen, in welchen die Erkrankung eine Neigung zeigt, auf die Parametrien überzugehen, oder gar dieselben schon ergriffen hat, werden mit besserer Aussicht auf Erfolg per laparotomiam in Angriff genommen. Das Desideratum hier ist, möglichst gründlich zu operiren, das heisst, ähnlich wie beim Mammacarcinom, alle im Becken erreichbaren Drüsen zu extirpiren, das pericervicale Bindegewebe, in welchem die grösseren Lymphgänge verlaufen, vollkommen zu entfernen. Es ist dies selbstredend ein schwerer Eingriff, dessen technische Schwierigkeiten weit grösser sind, als bei der Mamma-Amputation. Die Mortalitätsziffer muss daher nothwendig eine hohe sein, auch lästige Folgezustände von Nebenverletzungen, wie Ureterenfisteln etc. sind in grösserem Procentsatz zu erwarten. Und trotzdem ist dies wohl der einzige Weg, auf welchem in der Behandlung des Krebses Fortschritte gemacht werden können, es sei denn, dass neuere Forschungen den parasitären Character des Carcinoms feststellen werden, und uns die Therapie entsprechende Heilmittel an die Hand giebt.

Amputatio cervicis für gewisse Fälle im Frühstadium mag ausreichen, bleibt jedoch nie einwandsfrei, da die Möglichkeit einer Corpuserkrankung doch vorliegt.

Aetzmittel, wie Zinkchlorid oder Arsenpaste, sowie Cauterisation sind Mittel, welche beim noch operablen Krebs nicht in Anwendung kommen sollten, während deren günstiger Einfluss in nicht operablen Fällen nicht zu leugnen ist. Es wird damit oft Erstaunliches geleistet und ein relatives Wohlbefinden für längere Zeit gesichert. Die Toxineinspritzung hat soweit keinerlei greifbare Erfolge gezeitigt, ebenso hat die Injection

der Gewebe mit Alcohol, Methylenblau, zum Zweck der Anregung der Phagocytose, keine günstigen Resultate geliefert.

Fast unglaublich sind die in der Neuzeit proponirten Vorschläge bei inoperablem Uteruscarcinom, dahingehend, die Vagina operativ zu schliessen, nachdem vorher das Rectum eröffnet wurde, um der Jauche Abgang zu verschaffen. Dem gegenüber halte ich meinen vor Jahren gemachten Vorschlag für recht human. Ich glaube nämlich, dass auch die ausgedehntesten Carcinome zum Vortheil der Patientin möglichst vollständig entfernt werden sollten. Wir werden dann zunächst eine Vernarbung des Wundtrichters beobachten, nach einiger Zeit stellen sich allerdings Ulcerationen in der Narbe ein, doch so, dass der Zustand leicht controllirbar und der Ausfluss nie sehr belästigend wird.

Der zweite Fall, cystische Entartung des Myoms, ist insofern interessant, als er zeigt, dass ein Myom, das peritonitische Reizung und erschöpfende Blutungen verursacht, als eine bösartige Neubildung anzusehen ist und energisches, chirurgisches Eingreifen erfordert. Ein Uterusmyom ist selbst unter den günstigsten Umständen keine gleichgültige Sache.

Ueber die Aetiologie des Myoms herrscht keineswegs gleiche Meinung. Ich möchte die verschiedenen Ansichten in folgendem zusammenfassen: Es besteht in dem betr. Individuum eine angeborene Anlage, bei der das hereditäre Element sich nicht leugnen lässt. Ein formativer Reiz befällt den Uterus von gewöhnlich starken, kräftigen Frauen zur Zeit des Geschlechtslebens, seltener nach der Menopause. Irritative Momente, wie Geburt, Tubenerkrankung, Lageanomalien befördern denselben und bringen die vorher bestehende Anlage zur Entwicklung. Der Ursprung des Myoms kann auf die kleinen Arterien zurückgeführt werden. Ein kleines Gefäss mit stark verdickter Wandung, mit besonderer Zunahme der musculären Elemente und Verdickung der Media, so dass ein Lumen kaum zu erkennen ist, bildet den Ausgangspunkt zur Myomanlage. Eine totale Verschmelzung dieser Theile tritt nach und nach ein, ein Zapfen von Muskelgewebe bildet sich. Um diesen herum liegt junges Bindegewebe mit Capillaren und kleinen Arterien versehen, welch letztere selbst eine ähnliche Metamorphose durchmachen, neue Zapfen entstehen und legen sich concentrisch den ersten an. Es handelt sich also in einem

Wort um Proliferation kleiner Uterin-Arterien und nicht um Hypertrophie der Musculatur des Uterus.

Tritt Myombildung in den jüngeren Jahren auf, so mag das Leiden längere Zeit bestehen, ohne zu lästigen Symptomen Veranlassung zu geben. Ist die Entwicklung des Myoms interstitieller oder submucöser Natur, so leidet Patientin gewöhnlich an protrahirter, menstrueller Blutung. In der Ehe ist es besonders die submucöse Varietät, welche eine Sterilitätsursache abgiebt, allerdings nicht von hohem Procentsatz. Statistische Beobachtungen an einer grösseren Reihe Myomkranker zeigen, dass circa 75 Procent derselben verheirathet sind. Von diesen Ehen bleiben 40 Procent steril, also die doppelte Zahl anderer Ehen.

Einmalige Geburt wird häufig beobachtet, doch kommt es selten über 3 Kinder, und diese werden gewöhnlich in den jüngeren Jahren der Ehe geboren, ausnahmsweise nach dem 35. Lebensjahr der Mutter. Wir können daher Myoma uteri als Ursache der primären und der erworbenen Sterilität ansehen, dürfen aber auch nicht vergessen, dass Sterilität aus anderen Ursachen umgekehrt eine Veranlassung zu Myombildung abgeben mag, indem durch das Geschlechtsleben präformirte Anlagen zur Entwicklung kommen können.

In den 30- bis 40er Jahren finden wir meist, dass die erschöpfenden Blutungen sich im allgemeinen Gesundheitszustand bemerklich machen. Die ausgesprochene Anämie mag zur Dilatation und Degeneration des Herzens führen, die Geschwulst selbst mag in Folge der Grössezunahme durch Druckerscheinungen lästig oder selbst gefährlich werden. In den vierziger Jahren und Anfang der fünfziger sehen wir in einem kleinen Theil der mit Myom behafteten Frauen eine Rückbildung oder doch wenigstens ein Stillstand im Wachsthum der Geschwulst eintreten. Es sind dies besonders Fälle von intramuralen und vorzüglich subserösen Myomen, während das submucöse Myom hier eine Neigung zur Ausstossung zeigt. Die Kapsel, wie auch der Myomknoten entartet, in ihrer Ernährung gestört, werden sie ödematös infiltrirt und nach einer Weile necrotisch, so dass wir bei beginnender Sepsis gezwungen sind, operativ einzugreifen. Solche Frauen zeigen in diesem Stadium das bei Carcinom so häufige Bild der Cachexie, da wie dort ist das bedrohliche Aussehen in erster Linie dem

Blutverlust, in zweiter der Resorption toxischer Substanzen zuzuschreiben. Die bei weitem grössere Zahl der Fälle zeigen einen ähnlichen Befund, wie der oben citirte, characteristische Fall. Cystische oder auch maligne Entartung, damit verbundene Anschwellung des Tumors, locale, wenn nicht allgemeine Peritonitis, Omentum-, Darmverwachsungen, selbst Verschluss des letzteren, Blasendruck oder gar Ureterenocclusion gefolgt von Urämie.

Traurige Bilder, wie sie in der Jetztzeit nicht mehr vorkommen sollten, oft veranlasst durch die Zaghaftigkeit der Patientin, aber leider noch öfter durch die abwartende Behandlung, welche, aus Gründen, die er selbst zu verantworten hat, von dem behandelnden Arzt getrieben wird. Myoma und Fibromyoma uteri müssen immer als eine ernst aufzufassende Neubildung angesehen werden, ihre Behandlung ist im Allgemeinen eine operative. Die Hysterectomie eines myomatösen Uterus ohne Complicationen kann mit fast absoluter Sicherheit als gefahrlos bezeichnet werden; die Gefahr der Operation steigt mit der Grösse der Geschwulst, den bestehenden Verwachsungen und den eingetretenen Veränderungen in der Natur des Tumors. Doch selbst in den schwierigeren Fällen erzielen wir bei der vollendeten modernen Technik Resultate, die als sehr günstig angesehen werden müssen. Wir mögen den Vorwurf hören, dass einer jungen Frau die Gelegenheit, Familie zu bekommen, nicht sollte genommen werden; dem kann ich entgegnen, dass eine unter günstigen Umständen ausgeführte Myomectomie dem Uterus seine Functionsfähigkeit erhält.

Freund dieser sogenannten conservativen Methode bin ich nicht, denn gerade so wie bei der Resection des Ovariums, indem man macroscopisch erkrankte Theile entfernt und andere microscopisch erkrankte Partien als vermeintlich gesund zurücklässt, man ab und zu gezwungen wird, doch das Zurückgelassene zu entfernen, gerade so kann es einem am Uterus ergehen. Grosse Knoten nimmt man weg, kleine werden nicht entdeckt und wachsen allmählig zu grösseren Geschwülsten heran. Die Vornahme einer zweiten Operation ist für den Operateur, wie auch für die Kranke eine widerwärtige Sache.

Das Durchschnittsalter der zur Operation kommenden Frauen ist circa 38 Jahre. Myomectomie, als Operation der Wahl, ist auch deshalb schlecht angewendet, weil, wie bemerkt,

die Aussichten auf Conception in dem Alter, in welchem gewöhnlich Myome durch Grösse und Blutungen Veranlassung zur Operation geben, ohnehin gering sind. Erfolgt Schwangerschaft eines myomatösen Uterus, so geht die Frucht, zumal bei der submucösen Entwicklung des Myoms, gewöhnlich frühzeitig ab in Folge der permanenten Hyperämie des Organs. Sollte der Foetus zur Entwicklung gelangen, so kann es zu schweren Geburtshindernissen kommen. Es ist bekannt, dass mit der fortschreitenden Gestation auch die Myomknoten auffallend stark an Umfang zunehmen, wie sie ja auch nach der Geburt sehr schnell sich auf ihre frühere Grösse und unter dieselbe zurückbilden. Myomknoten von der Grösse eines Kindskopfs können sich im Becken einkeilen und die Geburtswege ganz verlegen. Oder es mag sich ereignen, dass ein interstitiell-submucöses Myom seinen Weg durch die Cervix uteri bahnt, dem Foetus vollkommen den Ausgang versperrend. Ein derartiger Fall kam unter meine Beobachtung und zwang mich zur Hysterectomie des myomatösen, 8 Monate schwangeren Uterus. Es tritt für den Arzt die Frage auf, wird in der Myombehandlung etwas gewonnen mit Abwarten, oder besser, ist ein Abwarten entschuldbar bei den anerkannt günstigen Resultaten der zeitigen Hysterectomie, zumal da wir durch Erfahrung zur Ansicht gekommen sein müssen, dass durch medicamentöse, wie auch electrolytische Behandlung höchstens temporär symptomatische Erfolge erzielt werden können.

Ich glaube mit voller Berechtigung, gerade wie beim Carcinom, auf eine Frühoperation des Uterusmyoms dringen zu dürfen, ich möchte daher die Indication so stellen: Die Operation soll ausgeführt werden, wenn bei einer jüngeren Person die myomatöse Entartung des Uterus durch Palpation constatirt werden kann und die Geschwulst durch Druck und Blutungen Veranlassung zur Klage giebt. Was die Wahl der Operation anbetrifft, so muss allerdings zuerst Myomectomie in Frage kommen, gewöhnlich wird sich aber die Nothwendigkeit der Hysterectomie ergeben. Die Ovarien sollten, wenn möglich, erhalten bleiben, um die lästigen Ausfallerscheinungen zu vermeiden. Ende der vierziger Jahre mag, wenn der Allgemeinzustand der Patientin es gestattet, der Fall einige Zeit, selbst Jahre beobachtet werden. Eine monatliche, genaue Untersuchung wäre jedoch angezeigt, contraindicirt dagegen ist electro-

therapeutische Behandlung. Dieses Abwarten hat natürlich den Zweck, zu sehen, ob nicht gerade der Fall einer der wenigen ist, in welchen die Menopause eintritt und die Geschwulst sich verkleinert. Da diese Hoffnung jedoch sich in einer nur kleinen Zahl der Fälle verwirklicht, wird man sich doch am besten zur Operation entschliessen. Allzu langes Abwarten liegt sicher nicht im Interesse der Patientin, denn Entartung der Myome tritt um diese Zeit sehr oft ein, am meisten ist sie cystischer, seltener carcinomatöser oder sarcomatöser Natur. In diesen Jahren wird oft Necrose der interstitiellen Myome veranlasst durch reine Ischämie ohne jede Infection, beobachtet besonders in Fällen, in welchen schon seit Jahren die Menopause eingetreten war. Subseröse Myomknoten mögen durch mangelhafte Ernährung necrotisch werden; in einem meiner Fälle war diese Necrose durch Achsendrehung des kleinfingerdicken Stiels verursacht worden. Würde sich mein Vorschlag zur Frühoperation verwirklichen, so wäre es möglich, eine bedeutende Zahl aller Myomfälle per vaginam zu operiren. Die Patientin würde dadurch den wenigsten Gefahren ausgesetzt sein, denn noch immer giebt die vaginale Hysterectomie die günstigsten Resultate. Grosse Tumoren werden, von dem hier wenig geübten Morcellement abgesehen, mit Vortheil vom Abdomen aus in Angriff genommen. Sicher ist hier die auch von mir seit Jahren befolgte totale Hysterectomie die richtige Methode und der supravaginalen Amputation des Uterus bei Weitem vorzuziehen. Es mag auf den ersten Blick gleichgültig erscheinen, ob die Cervix zurückgelassen wird oder nicht, doch dem ist nicht so. Die Combination Cervixcarcinom und Uterusmyom findet sich gar nicht selten. In dem zurückgelassenen, vermeintlich gesunden Cervixstumpf kann eine Carcinombildung sich leicht einstellen, und es sind Fälle dieser Categorie beschrieben worden. Warum daher diesen nutzlosen Theil zurücklassen, wenn er blos zu neuer Bedrohung Veranlassung geben kann?

Fassen wir das Gesagte nun kurz zusammen: Carcinoma uteri ist keineswegs eine dem Alter eigene Erkrankung, sondern auch jüngere Personen sind derselben ausgesetzt. Dieselbe fällt in erster Linie unter die Bobachtung des Familienarztes. Es ist die Pflicht des Arztes, Frauen auf das mögliche Vorkommen von Carcinom aufmerksam zu machen und bei

verdächtigen Symptomen fleissige, wenn möglich microscopische Untersuchungen vorzunehmen. Als erste Symptome mögen angeführt werden: ungewohnter Fluor, unregelmässige, protrahirte Menstrualblutung, leicht blutende, jeder localen Behandlung trotzende Erosionen der Cervix.

Die Frühdiagnose des Krebses ist die beste Garantie auf Dauererfolg einer Operation.

Der Eintritt der Menopause ist in unserem Klima ungefähr mit dem 48. Lebensjahr zu erwarten. Blutungen, zumal unregelmässige nach dieser Zeit, sollen mit Verdacht betrachtet werden.

Myoma uteri entsteht gewöhnlich im geschlechtsreifen Alter. Der Practiker soll sich bewusst sein, dass die nichtoperative Therapie in der Behandlung des Myoms nichts Namhaftes leistet. In Folge der grossen Blutzufuhr zum Becken wird bei Myoma uteri die Function der Ovarien lange wachgehalten, die Menopause verzögert sich daher bedeutend, wenn sie überhaupt eintritt, ehe die Entblutung des Systems lebensbedrohende Erscheinungen veranlasst hat. Die Operation ist in allen Fällen angezeigt, welche ausgesprochene Symptome verursachen. Mit der Operation soll nicht gezögert werden, bis Blutverluste den Organismus zum Aeussersten geschwächt haben, oder die Geschwulst selbst durch Grösse und Entartung die Operation zu einer schwierigen gestaltet und der Erfolg derselben dadurch in Frage gestellt wird.

Liste der im Zusammenhang mit dem Vortrag demonstrirten Präparate:

1) Carcinoma cervicis uteri; Frühstadium.

2) Carcinoma cervicis mit submucösem Myomknoten.

3) Carcinoma cervicis eines zwei faustgrossen Uterus myomatosus.

4, 5, 6) Portiocarcinom im Spätstadium.

7, 8) Myoma uteri cystisch degenerirt.

9) Myoma uteri submucosum.

10) Myoma uteri submucosum bei beginnender Sepsis. Operirt.

11) Interstitielles Myom nebst subserösem Myom.

12) Ditto mit Stieldrehung des subserösen Myoms.

13, 14, 15, 16, 17) Myoma uteri verschiedener Grösse.

18, 19) Myoma uteri, Naemato- und Pyosalpinx.

20) Fibromyoma uteri mit sarcomatö)ser und cystischer Entartung, 25 Pfund schwer, zeigt mehrere verkalkte Fibromknoten.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Centralblatt für innere Medicin.

1) Schwarzenbeck: *Untersuchungen über das Dialysat der Digitalis grandiflora.*

Botanisch ist die Digitalis grandiflora gleichnamig mit der Digitalis ambigua Murr. Ihre Dialysirung erfolgt im Monate Juli. Ueber das Dialysat derselben wurde nun in der städtischen Krankenanstalt Sudenburg zu Magdeburg eine Reihe eingehender Untersuchungen angestellt, über welche Sch. in vorliegender Arbeit berichtet. Es wurden 20 Tropfen pro dosi und 60—80 Tropfen pro die verabreicht. Die Versuche erstreckten sich zumeist auf chronische Erkrankungen des Herzens als Klappenfehler, Herzmuskelentartung, allgemeine Arteriosclerose und Arteriosclerose der Kranzarterien, Emphysem mit chronischer Bronchitis. Aus diesen Untersuchungen nun geht mit Sicherheit hervor, dass die Digitalis grandifolia eine gute therapeutische Wirkung besitzt; nur in wenigen Fällen war ein augenscheinlicher Erfolg nicht zu erzielen. Die Wirkung auf Herz und Athmung trat meist schon nach den ersten Dosen auf, Appetit, Schlaf und Allgemeinbefinden hoben sich in kurzer Zeit, die Diurese steigerte sich meist rasch, doch gab es auch Fälle, in denen sie erst nach mehreren Tagen zunahm. So viel ist gewiss, dass das neue Dialysat in keiner Weise dem der Digitalis purpurea nachsteht, es scheint fast im Gegentheil der Erfolg sich hier schneller einzustellen. Es empfiehlt sich ferner, wie dies auch für die übrigen Digitalispräparate zutrifft, nach Eintritt der gewünschten Wirkung von einer weiteren Verabreichung des Dialysats abzusehen und es erst nach einiger Zeit, wenn von Neuem Störungen auftreten, wieder zu geben. In dieser Weise gebraucht, bietet das Dialysat der Digitalis grandiflora ein willkommenes Herzmittel, das bei den verschiedenen Erkrankungen des Circulationsapparates mit Erfolg angewendet werden kann. (1901, No. 17.)

2) O. Zimmermann: *Ueber künstlich beim Menschen erzeugte Glykokollverarmung des Organismus und die Abhängigkeit des Glykokollgehaltes von der Gallensekretion.*

Verf. war in der Lage, bei einer Patientin mit einer chirurgisch angelegten Gallenfistel Versuche anstellen zu können, welche ergaben, dass es durch völliges Ableiten der Galle nach aussen gelingt, einen Organismus herzustellen, in welchem eingeführte Benzoesäure als solche wieder ausgeschieden wird. Diese Thatsache liefert den Beweis, dass wir in der Galle resp. der Leber als gallenbereitendem Organ die einzige Glycocollquelle des Organismus haben. Hieraus geht ferner hervor, dass

der negative Benzoesäureversuch eine völlige Acholie beweist. (1901, No. 22.)

3) A. Jarotzny: *Zur Methodik der klinischen Blutdruckmessung.*

Verf. macht auf die Vorzüge des Hill-Barnard'schen Apparates zur Blutdruckbestimmung aufmerksam. Derselbe besteht aus einem ledernen Armband, welches an den Oberarm angelegt wird, an dessen Innenseite ein langes Gummikissen befestigt ist. Wenn das Armband angelegt ist, umgiebt das Kissen fast rings herum den Oberarm. Dieses Kissen communicirt mit einer Luftpumpe und mit einem ziemlich grossen Metallmanometer. Nachdem der Apparat an den Oberarm angelegt ist, beginnt man mittels der Pumpe Luft in den Apparat einzupumpen. In einem gewissen Moment fängt der Zeiger des Manometers an, pulsatorische Bewegungen auszuführen. Erhöht man den Druck im Armband noch mehr, so sieht man, wie die Excursionen des Zeigers sich zu vermindern beginnen und schliesslich ganz verschwinden. Wenn man jetzt das Ventil öffnet und die Luft allmählich herauszulassen beginnt, so sieht man, wie mit der Abahme des Druckes wieder Pulsationen erscheinen und wieder ihr Maximum erreichen. In diesem Moment kann die vorher erhaltene Zahl controllirt werden. Der Versuch muss schnell vor sich gehen, wobei der Druck nicht mehr als 1—2 Minuten ausgeübt werden soll. Mit dem Hill-Barnard'schen Apparat kann die Blutdruckbestimmung eben so einfach wie die Temperaturbestimmung und eigentlich sogar viel schneller ausgeführt werden. (1901, No. 25.)

Centralblatt für Chirurgie

1) H. Reerink: *Die Behandlung der frischen Luxation der Peroneussehnen.*

Verf. hat in dem von ihm beschriebenen Falle versucht, die Fixation der Sehnen an ihrer normalen Stelle durch Anlegung einer Anzahl senkrecht zur Längsrichtung verlaufenden Heftpflasterstreifen zu bewirken. Er legte einen solchen etwa 1½ cm breiten und 6—8 langen Streifen (von Unna'schem Zinkpflaster) in der Höhe des Retinaculum inf., einen zweiten direct oberhalb des Malleolus ext. und einen weiteren noch etwa 2 cm höher an. Die Sehnen wurden dadurch so fest fixirt, dass auch durch stärkere Supinationsbewegungen des Fusses eine Aenderung in ihrer Lage hinter dem Malleolus ext. nicht bewirkt wurde. Nach weiteren 4 Tagen wurde ein mässig gepolsteter Gipsverband angelegt und Pat. damit nach Hause entlassen. Hier ist der Gipsverband nach 14 Tagen entfernt und, als die dauernde Retention der Sehnen constatirt wurde, erneuert und noch 3 Wochen getragen worden. Mit täglicher

Massage schloss die Behandlung ab. Der Pat. hat während dieser Zeit seinen Fuss geschont und nur zuletzt allmählich wieder zum Gehen benutzt. Drei Monate nach eingetretener Verletzung war Pat. dauernd geheilt. Die Sehnen gleiten in normaler Weise in ihrer alten Lage wie am anderen Beine, weder active noch forcirte passive Bewegungen lassen ein abnormes Verhalten erkennen. Eine Atrophie der sehr kräftig entwickelten Musculatur des Unterschenkels lässt sich nicht nachweisen. Es ist wohl nicht zu bezweifeln, dass die durch die Zinkpflasterstreifen bewirkte exacte Fixation der Sehnen in ihrer Malleolarrinne wesentlich zu dem erzielten Resultate beigetragen hat. R. fügt noch hinzu, dass er im Wiederholungsfalle vielleicht sogar davon absehen würde, über die Heftpflasterstreifen überhaupt noch einen Gipsverband anzulegen. (1901, No. 2.)

2) C. Hofmann: *Wie erreicht man am besten ein tiefes, regelmässiges und ruhiges Athmen zu Beginn der Narkose?*

Zur Erreichung eines regelmässigen, tiefen, gleichmässigen und ruhigen Athmens nützt zwar schon sehr viel das einfache, beruhigende Zureden; lässt man dann noch in der üblichen Weise langsam und laut zählen, dann erreicht man wohl bei verständigen und nicht zu aufgeregten Personen seinen Zweck. Oft versagen diese Mittel aber, und zwar kommt dies daher, dass das einfache Vorwärtszählen, selbst grösseren Kindern schon, so in die Gewohnheit übergegangen ist, dass eine wirksame Ablenkung nicht eintritt. Ein ängstlicher Pat. zählt sehr rasch vielleicht die Zahlen von 1—10 und weiter herunter, holt eben ganz flüchtig und oberflächlich Luft und nimmt nun das Herunterplappern der weiteren Zahlen wieder auf; dass dabei eine Athmung, wie wir sie für die Einleitung einer guten Narcose wünschen und gebrauchen, nicht zu Stande kommen kann, liegt auf der Hand. Lässt man nicht zählen, liegen die Verhältnisse noch ungünstiger. Verf. ist nun auf ein sehr einfaches, aber sehr wirksames Auskunftsmittel gekommen; er lässt rückwärts zählen und zwar mit einer mindestens dreistelligen Zahlenreihe beginnend, etwa von 200 abwärts. Dadurch erreicht man, schon weil die grössere Zahl schwieriger auszusprechen ist und längere Zeit beansprucht, dass zwischen jeder Zahl geathmet wird; fordert man noch den Kranken auf, recht langsam zu zählen, so kann der Pat. nicht anders als jedes Mal Luft zu holen. Daneben verlangt das ungewohnte Rückwärtszählen eine solche Concentration der Gedanken, dass bei dem Pat. eine ausserordentlich wirksame Ablenkung von der bevorstehenden Operation und somit eine vorzügliche Gemüthsruhe bewirkt wird. Diese Ruhe beeinflusst ihrerseits wiederum auf das allergünstigste die Regelmässigkeit und Tiefe der Athemzüge, die Vorbedingung für die gleichmässige, un-

unterbrochene Einverleibung des Narcoticums. Lässt man ferner zuerst ½ bis 1 Minute zählen, ohne einen Tropfen auf die bereits aufs Gesicht gelegte Maske zu geben, und fängt dann an, vorsichtig einen Tropfen nach dem anderen mit allmählich etwas zunehmender Geschwindigkeit auftropfen zu lassen, dann wird der Uebergang vom Einathmen reiner Luft zum Einathmen von Luft und Narcoticum entweder vom Pat. gar nicht bemerkt, oder wenigstens nicht unangenehm empfunden. (1901, No. 3.)

3) M. W. Herman: *Ueber das Sterilisiren der Seidenkatheter.*

H. kocht die Seidencatheter in einer gesättigten Ammonium Sulfuricum-Lösung aus; die Seidenkatheter vertragen ein selbst mehrstündiges ununterbrochenes Kochen in dieser Lösung sehr gut. Für die Praxis ist die Methode die denkbar einfachste und am leichtesten auszuführen. In einer etwa 40 cm langen, 8—10 cm breiten und 5—6 cm tiefen kleinen emaillirten Blechwanne wird die Lösung durch jede beliebige Spirituslampe zum Sieden gebracht und darin die jedes Mal nöthige Anzahl von Katheter ausgekocht. Diese kleine Blechwanne kann zugleich als Behälter zum Mitnehmen der Katheter auf die Praxis dienen. Keine der bisher für die Seidenkatheter angegebenen Sterilisationsmethoden vereinigt in sich so vollkommen die beiden Vorzüge: Einfachheit in der Anwendung und Sicherheit des Erfolges. (1901, No. 3.)

4) R. Schaeffer: *Nochmals über Chirol.*

Verf. wendet sich abermals gegen die Brauchbarkeit und Zulässigkeit des von R. Kossmann empfohlenen und von der Firma J. D. Riedel hergestellten Chirols, weil das Chirol sich durch leichte Berührung abblättert, besonders an den Fingerbeeren, und weil sich durch bacteriologischen Versuch unschwer zeigen lässt, dass die Keime der Haut mit grosser Leichtigkeit durch den Chirolüberzug nach aussen gelangen. Neuerdings angestellte Versuche haben die von ihm schon früher behauptete Unzulänglichkeit des Chirols vollauf bestätigt. Der Lässigkeit bei der Händedesinfection wäre mit der Einführung des Chirols Thür und Thor geöffnet. Die nicht scharf genug zu betonende Wahrheit, dass jede innere Untersuchung einer Kreissenden eine gewisse Gefahr für dieselbe bedeutet, würde durch das ungerechtfertigte Vertrauen im Bewusstsein der Hebammen von Neuem in Frage gestellt werden. (1901, No. 4.)

5) K. G. Lennander: *Ueber die Sensibilität der Bauchhöhle und über lokale und allgemeine Anaesthesie bei Bruch- und Bauchoperationen.*

Verf. stellt auf Grund seiner Erfahrung und Untersuchun-

gen folgende Sätze auf: 1. Das Peritoneum parietale ist reich an Schmerznerven. 2. Peritoneum viscerale, Magen und Darmcanal, Gallenblase, Nieren und Leber haben keine Schmerz-, Berührungs-, Wärme und Kältenerven.

Hernien operirt L. unter localer Anaesthesie, dagegen ist er sceptisch in Hinsicht auf die Ausführung von Coeliotomien in dieser Weise. Er glaubt vielmehr, dass eine Vereinigung von localer und allgemeiner Anaesthesie die Zukunft für sich hat in allen den Fällen, in denen man sich vor einer gewöhnlichen Narcose fürchtet. Man kann vor dem Beginne der Operation ¾ oder 1 cg Morphium einspritzen und zugleich Schleich's Infiltration in und unter der Haut und der Aponeurose anwenden. Ist es nicht gelungen, die Subserosa zu infiltriren, oder will man sich keine Beschwerden damit machen, so lässt man den Pat. Chloroform oder Aether einathmen. Sobald er nicht mehr reagirt, wird das Peritoneum parietale durchschnitten, Adhaerenzen an dem Peritoneum parietale werden gelöst. Die Eingeweide werden zurechtgelegt für Resection, Anastomosenbildung, Exstirpation des Proc. vermiformis, Entfernung von Gallensteinen etc. Darnach wird sofort mit der Inhalation des Anaestheticums aufgehört. Vermuthlich kann man auch schmerzlos Geschwülste der Ovarien, der Tuben und des Uterus exstirpiren, wenn man nicht gleichzeitig die Befestigungen des Uterus oder der Adnexe an die Beckenwand zu dehnen braucht. Zum Herausnehmen von Compressen aus der Bauchhöhle, zur Zurücklegung der Eingeweide und zum Zusammennähen des Peritoneum parietale leitet man wieder allgemeine Anaesthesie ein. Auf diese Weise werden die Operationen wirklich schmerzlos, und gleichzeitig ist dabei die verbrauchte Menge von Chloroform und Aether gering. (1901, No. 8.)

6) P. Bade: *Zur Behandlung schwerer Skoliosen.*

B. legt seinen Dauer-Gipsverband nur nach möglichst ausgiebiger Mobilisation der Wirbelsäule an. Da nun die Kinder gewöhnlich im Gipsverband abmagern, so kann der Rippenbuckel in dem entstehenden Hohlraume grösser, auf keinen Fall jedoch noch reducirt werden. Um aber ein Kleinerwerden des Rippenbuckels im Gipsverbande zu erzielen, lässt B. während der ganzen Dauer des Gipsverbandes einen steten Druck auf den Buckel mittels einer verschiebbaren Pelotte wirken. Diese Pelotte besteht aus zwei Theilen. Die eine Platte liegt dem Buckel, die zweite Platte liegt der Innenseite des Gipsverbandes fest an. Beide Platten sind verbunden durch eine Schraube, deren äusseres Ende aus dem Gipsverband herausragt. Dreht man mit einem Schlüssel die gut eingefettete Schraube an, so schneidet sie sich in den Gips ein passendes Gewinde, in dem man sie weiter schrauben kann. Durch fort-

gesetztes Zuschrauben wird die dem Gipsverbande anliegende Platte fest gegen den Gips gepresst und kann nicht ausweichen, während die dem Körper anliegende Platte durch das Schrauben gegen den Buckel bewegt wird. (1901, No. 10.)

7) R. Pichler: *Ueber den Werth des Aluminiumbronzedrathes in der Chirurgie.*

In der Breslauer chirurgischen Klinik hat der Aluminiumbronzedraht den Silberdraht vollständig verdrängt und findet besonders da ausgiebigen Gebrauch, wo eine nachträgliche Infection des Stichcanals von der Haut aus zu erwarten ist, und zwar einmal in den unvollkommen desinficirbaren Gebieten des Dammes, der Scrotal- und Leistengegend, der Lippe und dann dort, wo die genähte Haut einer starken Spannung ausgesetzt ist und die Nähte längere Zeit, selbst eine Reihe von Wochen, liegen bleiben sollen. (1901, No. 16.)

8) L. Braun: *Atropin vor der Aethernarkose?*

Reinhard hat die Injection von Atropin vor Einleitung der Aethernarcose empfohlen, um „die manchmal ganz kolossale Absonderung von Speichel und Schleim seitens des Mundes und der Respirationsorgane" zu verhindern. Obgleich Reinhard bisher niemals üble Folgeerscheinungen bemerkt hat, möchte B. doch darauf hinweisen, dass Atropin kein ganz harmloses Mittel ist; kürzlich sah er erst eine schwere Intoxication nach einer Atropininjection, die in Folge der warmen Empfehlung des Mittels gegen Ileus verabreicht wurde. Er glaubt daher, wer eine gute Aethermarke und die Longard-Wagner'sche Maske verwendet, die leider bisher nicht die verdiente Würdigung gefunden zu haben scheint, kann ruhig das Atropin als überflüssig fortlassen und wird trotzdem vom Verlaufe der Narcosen befriedigt sein. (Leider hat B. verabsäumt, die Stärke der Dosis anzugeben, nach welcher die schwere Atropinintoxication aufgetreten ist, die er hier erwähnt. Anm. d. Ref. 1901, No. 17.)

9) Kronacher: *Die koupirte Aethernarkose.*

Die Ausführung dieser Narcose geschieht in folgender Weise: Auf eine der gebräuchlichen Masken giesse man 5—10 ccm Aether, lasse unter öfters erneuter Luftzufuhr eine Anzahl Athemzüge machen, wiederhole das Aufgiessen mit 10—20 ccm und narcotisire nun bis zum Eintritt der Excitation: ist diese eingetreten, so lasse man den Pat. noch eine Anzahl Inhalationen (5—10) machen: in vielen, den meisten, Fällen genügt dieses Quantum zur Erzielung einer vollen Anaesthesie. Man entferne die Maske und operire. Ist das Aetherquantum, wie in einigen wenigen Fällen, zur Erzeugung einer Excitation zu gering gewesen, so muss man ein drittes Mal und wiederum

10—20 ccm aufgiessen, wobei man in der oben angegebenen Weise weiter verfährt. Die Dauer einer solchen Anaesthesie währt bis zu 10 Minuten. Sollte sich nach Eintritt derselben rasches, volles Erwachen und bald Schmerzempfindung einstellen, so muss man nochmals bis über das Excitationsstadium, wie geschildert, narcotisiren. Wie bei der tiefen Narcose, so hängt auch hier der Erfolg zuweilen von der Art der Pat. ab, d. h. der mehr oder weniger rasche Verlauf der Narcose. Die Pat. sind bei Bewusstsein, reagiren auf Anrufen u. dgl., geben nicht selten, oft unter lebhaften Gebärden, Schmerzensäusserungen von sich, haben aber zumeist nach dem vollen Erwachen keine Vorstellung von dem Geschehenen. Eine gefährliche Nebenwirkung hat K. bei dieser Narcose niemals beobachtet; meist kehrt das Bewusstsein rasch zur Norm zurück, auch sind keine oder sehr geringe üble Nachwirkungen, wie Kopfschmerzen, Erbrechen, Uebelkeit u. dgl. vorhanden. (1901, No. 19.)

10) E. Becker: *Zur Aethernarkose.*

Verf. hat seit mehr als Jahresfrist bei fast ausschliesslicher Anwendung von Aethernarcosen ein Verfahren angewandt, das er, da es sich als zweckmässig und nutzbringend erwiesen hat, empfehlen kann. Er ging nämlich von dem Gedanken aus, dass es ein Mittel geben müsse, welches die Schleimsecretion der Respirationswege herabsetze, ohne — wie das Atropin — irgend welche andere giftige oder schädliche Einwirkungen auf den menschlichen Körper auszuüben, und welches event. sogar geeignet wäre, bereits vorhandene Bronchitiden günstig zu beeinflussen oder eine hemmende Wirkung auf die dem aspirirten Mundsecrete beigemischten Gährungs- und Fäulnissprocesse auszuüben. Derartige Mittel besitzen wir in den zu den Benzolderivaten gehörenden flüchtigen, aetherischen Oelen, speciell in der sauerstofffreien Gruppe derselben, den Terpenen. Hierher gehört besonders das Terpentinöl und das Latschenöl. Für den vorliegenden Zweck nun hat B. letzteres gewählt, weil es wohlriechender ist wie das Terpentinöl und von ihm seit vielen Jahren schon zu Inhalationszwecken verwandt wird. Den Aether des Deutschen Arzneibuches bezieht er in gut verschlossenen dunklen Flaschen von 200 g Inhalt und setzt ihm unmittelbar vor dem Gebrauche etwa 20 Tropfen (1,0 g) Latschenöl (Oleum Pini Pumilionis) zu, welches sich sofort und leicht darin auflöst. Der Aether erhält dadurch einen angenehmen Geruch nach Tannenduft und wird von vielen Kranken aus diesem Grunde sehr viel lieber als der gewöhnliche Aether eingeathmet. Man kann auch unbedenklich grössere Mengen hinzufügen, indessen wird dadurch der Duft nach Ansicht der meisten Menschen nicht verbessert, sondern eher strenger. Bemerkenswerth ist, dass der widerlich süsse Ge-

ruch des Chloroforms selbst durch Zusatz grosser Mengen Latschenöls nicht beeinflusst wird. Mittels dieser Methode hat B. bis jetzt etwa 500 Narcosen ausführen lassen und ist mit den Ergebnissen sehr zufrieden. Selbst bei bestehender Bronchitis, Lungentuberculose, Empyem und Emphysem alter Leute hat er auf die Aethernarcose mit Latschenölzusatz nicht zu verzichten brauchen und irgend welche Verschlimmerung dieser Leiden nicht beobachtet. (1901, No. 22.)

11) F. Kuhn: *Tüll bei der Transplantation.*

Verf. kam auf den Gedanken, die transplantirten Läppchen mittels eines zierlichen, gleichmässigen Gitterwerkes, das mit möglichst schmalen Rippen an um so zahlreicheren Punkten die Läppchen deckt, zu isoliren, z. B. mittels eines Netzes aus wasserdichten Fäden, das relative weite Maschen hat, weit genug, um alles Secret, ohne abgenommen zu werden, bequem durchzulassen, aber doch enge genug, um mit seinen Fäden und Knotenpunkten eine isolirende Zwischenschicht zwischen Läppchen und Verbandstoffen herzustellen. Einen solchen Stoff entdeckte er nach einigen Fehlversuchen in dem sog. „Tüll," wie ihn unsere Damenwelt zu Schleiern, Vorhängen etc. verarbeitet. Derselbe stellt ein sehr grobmaschiges, aus starkem Faden hergestelltes Gewebe mit ganz regelmässigen Löchern dar. Es wird durch Imprägnirung mit Celluloidlösung wasserdicht gemacht, damit sein Faden von dem Wundsecrete nicht durchtränkt wird, vielmehr leicht abwaschbar und abtupfbar bleibt. Ist das Netzwerk dann nach ausgeführter Transplantation über den Läppchen aufgelegt, so kann es bis zur definitiven Anheilung über der transplantirten Stelle liegen bleiben, selbst die Umgebung noch mit bedecken und daselbst ankleben. Gerade dieses Ankleben der Netzfäden an den trockenen Stellen sichert den Läppchen ihre feste, unverrückbare Lage. Die Verhältnisse an der Wunde und die Bedingungen zur Anheilung werden dann nach Ansicht des Verf. denkbar günstig; denn 1. das Maschenwerk des unmittelbar aufliegenden Netzes hält die Läppchen gegen einander und gegen die Wundränder fest; 2. das regelmässige Gefüge des Balkenwerkes übt auf alle Stellen, ohne viel zu verdecken, einen gleichmässigen Druck, der dann durch Häufung zahlreicher, nicht verklebender Lagen federnd wirkt; 3. in die poröse, luftige Zwischenschicht, die durch Häufung der nicht imbibirbaren Netze entsteht, hat jedes Secret Abfluss. (1901, No. 24.)

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York.

17 West 43. Strasse.

Montag, den 4. Februar 1901.

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby eröffnet die Sitzung um 8¼ Uhr.

Secretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protocoll der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird.

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby: Ich habe Ihnen mitzutheilen, dass in der letzten Sitzung des Verwaltungsraths die folgenden Sachen zur Berathung und Annahme gelangten:

Das frühere Mitglied Dr. Kohnstamm wurde wegen Nichtzahlung seiner Beiträge von der Mitgliederliste gestrichen.

Das Bankett-Comité berichtete, dass ein Deficit von $55.75 vorhanden sei. Das ist in Anbetracht der Leistungen und des Erfolgs des Bankett-Comités ausserordentlich wenig. Es wurde dem Bankett-Comité auch der Dank des Vereins für seine Bemühungen ausgesprochen.

Ferner wurde Herr Dr. Louis Heitzmann als Lunch-Comité wiederernannt und Dr. J. W. Gleitsmann als Vorsitzender des Aufnahme-Comités.

Der Vertrag mit der New Yorker Medicinischen Monatsschrift wurde auf ein Jahr erneuert.

Endlich wurde Herr Dr. Rose beauftragt, gerichtliche Auskunft einzuziehen über die Beziehungen von medicinischen Gesellschaften im allgemeinen und der Deutschen Medicinischen Gesellschaft insbesondere zu der gerichtlichen Taxe, welche alle incorporirten Gesellschaften zu zahlen haben, und es wurde zu diesem Zweck eine Advokaturgebühr von $10.00 bewilligt. Herr Dr. Rose wird Ihnen die Sache näher auseinandersetzen und Ihnen mittheilen, was er für Auskunft bekommen hat.

Dr. A. Rose: Ich fand s. Zt. in den Secretariatspapieren ein Formular, jedes Jahr einen Bericht über unsere Finanzverhältnisse, Mitgliederzahl und Thätigkeit nach Albany einzuschicken. Demgemäss sandte ich jedes Jahr einen solchen Bericht ein, erhielt aber nie eine Antwort darauf. Ich wurde neuerdings durch Advocaten wieder darauf aufmerksam gemacht, dass solch ein Bericht nöthig sei, wenigstens hiess es in Circularen, die mir zugingen, dass incorporirte Gesellschaften Taxen zu zahlen hätten. Advocaten, die mir die Circulare geschickt, erboten sich, die Sache zu ordnen, weil sonst eine grosse Gefahr für die Gesellschaft, Verlust des Charters drohe. Da ich keine Gewissheit hatte, so wandte ich mich an eine mir als zuverlässig bekannte Advocatenfirma und erfuhr, dass wir keine Taxe zu bezahlen und auch keinen Bericht einzuschicken hätten. Nach dieser Zeit erschien im New York Medical

Journal ein Bericht über eine Bill, die in Albany eingereicht worden, betreffend die Taxe für incorporirte medicinische Gesellschaften. Wie ich indess durch neuere Anfragen erfuhr, bezog sich diese Bill auf eine bestimmte medicinische Gesellschaft, die Geschäfte trieb und Grundeigenthum hatte. Kurz und gut, es ist nicht mehr zu zweifeln, dass wir frei sind von Taxen und auch keinen Bericht einzuliefern haben. Ich glaubte, es sei wohl werth, dass wir das genau wüssten.

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby: Es ist jedenfalls von Wichtigkeit, dass wir diese genaue Auskunft besitzen. Ich möchte nun fragen, was mit dem Bericht des Verwaltungsraths geschehen soll.

Dr. H. J. Boldt: Ich beantrage, dass der Schatzmeister angewiesen werde, das Deficit des Bankett-Comités zu decken und dass der Bericht des Verwaltungsraths im Uebrigen angenommen werde. (Unterstützt.)

Präsident Dr. Geo W. Jacoby: Alle diejenigen Herren, welche für die Annahme des Antrags sind, wollen gefälligst "Ja" sagen. (Geschieht.) Der Antrag ist angenommen.

Abstimmung über den Candidaten Dr. G. C. Kessler, 311 Ost 89. Strasse. Derselbe wird einstimmig zum ordentlichen Mitglied gewählt.

Vortrag. Dr. S. A. Knopf: Ein Aufruf zur Gründung einer deutschen Lungenheilstätte für Gross-New York als Zweig der New Yorker und Brooklyner deutschen Hospitäler. (Vortrag ist in der Februar-Nummer der Monatsschr. publicirt.)

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby: Es ist dies eine Frage, die Ihr lebhaftes Interesse beansprucht. Die hygienische Behandlung tuberculöser Kranken aller Art ist bereits überall aus dem Rahmen der Befürwortung und der Controverse in den Rahmen des wirklichen Versuchs getreten. Nur hier scheint sich die ganze Frage noch immer in präliminaren Stadien zu bewegen. Es kann aber gar keine Frage sein, dass eine derartige Heilstätte eine Nothwendigkeit ist. Entweder die Stadt oder der Staat sollte sich darum bekümmern und für die Schwindsüchtigen sorgen, wie sie auch für alle anderen Incompetenten, Verkrüppelten und Unbemittelten sorgt. Thut das der Staat nicht, oder zögert er in Erfüllung seiner Pflicht, so ist es die moralische Aufgabe jeder Privatwohlthätigkeit, sich der Sache anzunehmen. Es kann auch gar kein Zweifel darüber sein, dass die Schwindsüchtigen nur in einer derartigen wohlorganisirten Anstalt die Summe der hygienischen, diätetischen, mechanischen und medicinischen Behandlung bekommen können, welche sie bedürfen. Die Frage, welche Dr. Knopf Ihnen heute Abend vorgelegt hat, ist also eine brennende, und ich unterbreite sie Ihnen jetzt zur Discussion, und ich hoffe, dass wirklich ein practisches Resultat aus der Discussion hervorgehen möge.

Dr. W. Freudenthal: Die Bemerkungen des Herrn Vortragenden haben wohl Jeden von uns sehr interessirt, denn Jeder wird ja so häufig vor die Frage gestellt: Was soll ich jetzt mit den unbemittelten Schwindsüchtigen anfangen? Ich persönlich bekomme so

viele Gesuche zur Unterbringung von armen Schwindsüchtigen, dass ich glaube, ich könnte ein Hospital selbst füllen, und zwar in ganz kurzer Zeit. Nun fragt es sich, was sollen wir Aerzte in dem vom Dr. K n o p f vorgeschlagenen Sinn machen. Es handelt sich wohl hier zunächst nur um e i n Hospital, nämlich das Deutsche Hospital in der Stadt New York. Das St. Marks Hospital macht, soweit ich weiss, keinen Anspruch darauf, ein deutsches Hospital zu sein, und was die Unterstützung der Collegen in Brooklyn betrifft, so glaube ich kaum, dass wir auf dieselben rechnen könnenn. Ich glaube nämlich nicht, dass die deutsche medicinische Gesellschaft von Brooklyn noch existirt. Ich wollte sie zur Zeit, als ich die Ehre hatte, Präsident dieser Gesellschaft zu sein, mit unserer Gesellschaft verschmelzen, aber es wurde mir damals gesagt, dass dort überhaupt keine Sitzung mehr zustande käme. Es dürfte also wohl schwer halten, zunächst die Collegen in Brooklyn zu interessiren.

Wie sollen wir nun aber zu einem practischen Ergebniss kommen? Die meisten Hospitäler sind so verschuldet, dass sie froh sind, wenn sie ihre laufenden Ausgaben bezahlen könnnen. Sie werden sich also dafür bedanken müssen, dass ihnen eine neue Last aufgebürdet wird. Ich weiss nicht, ob sich College K n o p f, der sich um diese Frage so sehr verdient gemacht hat, in den massgebenden Kreisen danach erkundigt hat; aber so scheint mir wenigstens die Sachlage zu sein.

Ich habe schon öfter darüber nachgedacht, wie man den armen Schwindsüchtigen helfen kann. Ich meine nicht den ganz armen — von denen will ich zunächst absehen — ich meine den Arbeitern, die so zahlreich von dieser Krankheit befallen werden, die hin und wieder ein paar Groschen beiseite legen können, die allerdings meist von der Hand in den Mund leben, dabei aber sehr ehrenhafte, anständige Leute sind. Wie kann man denen helfen, ohne sie zu Bettler, zu Paupers zu machen? Was geschieht gewöhnlich in dem Fall, wenn ein solches Familienoberhaupt von der Schwindsucht befallen wird? Die meisten dieser Leute gehören zu einer Loge, einem Kranken-Unterstützungsverein, und ich habe mir gedacht, wenn wir die Hilfe dieser Logen bekommen könnten, dass wir dann mit derselben Leichtigkeit Krankenhäuser bauen können, wie man es in Deutschland mit Hilfe der Krankenunterstützungsgelder macht. Ich habe mir gedacht, wenn jeder Arbeiter, der zu einer solchen Loge gehört, 5 Cents per Woche für dieses eventuell zu erbauende Hospital bezahlt, dass man dann mit Leichtigkeit die kranken Mitglieder dieser Loge in dieses Hospital aufnehmen könnte. Das wäre vielleicht eine greifbare Idee. Dazu müsste man aber das Wohlwollen und die Geneigtheit aller deutschen Logen bekommen. Wie dies zu erzielen ist, darüber will ich jetzt nicht sprechen. Sehr leicht wird es nicht sein, aber ich glaube, wenn die vielen Hunderte von Logen, die Krankenunterstützungsgelder bezahlen, sich anschliessen wollten, dann liesse sich das mit Leichtigkeit thun. Ich weiss nicht, ob alles das genau zum Thema gehört. Ich wollte nur für diejenigen, welche es noch nicht wissen sollten, das bemerken. Wenn jemand erkrankt und die Loge zahlt per Woche vier, fünf oder sechs Dollar und zahlt, das glaube

ich, 13 Wochen lang im ersten Jahr, so macht das pp. $65 aus. Im nächsten Jahr kommt vielleicht auch etwas hinzu. Wenn dann der Patient stirbt, dann hat die Loge etwa $200 Unkosten gehabt. Nun, wenn die Loge auch nur einen kleinen Theil von diesem Betrag einem gemeinsamen Hospitalfond überweisen wollte, dann hätten wir etwas Greifbares, mit dem wir unsere Arbeit beginnen könnten. Dann könnten wir selbst als medicinische Gesellschaft oder das Deutsche Hospital den Anfang machen, ein Hospital zu bauen, und dann könnten wir auf Erfolg rechnen.

Dr. Henry G. Krause: Dr. Knopf spricht mit Recht von einer Volkskrankheit. Ich glaube, auch ohne den Weg der Reklame zu betreten, von dem ich selbst ein grosser Feind bin, hätten wir hier doch eine gewisse Berechtigung, wenn wir als Deutsche Medicinische Gesellschaft oder als einzelne Aerzte, und vor allem, wenn wir Herrn Collegen Knopf beauftragen würden, seinen Vortrag in den hervorragenden Zeitungen zu veröffentlichen, dadurch an das Volk zu appelliren um Freunde für die Sache zu gewinnen — vermögende und edeldenkende Leute, die ihr Scherflein dazu beitragen würden, eine derartige Anstalt zu gründen. Es würde dies meines Erachtens nach sicherer mit der von aussen her zu erwartenden Hülfe, zu einem baldigen Erfolge führen.

Dr. Alfred Meyer: Da ich im Deutschen nicht so bewandert bin, so habe ich die paar Bemerkungen, die ich an die Gesellschaft in dieser Sache zu richten habe, niedergeschrieben und bitte um die Erlaubniss, sie verlesen zu dürfen. Wir als Aerzte, und noch vielmehr die schwindsüchtigen Armen unter den Deutschen, sollten dem Collegen Knopf herzlich danken für die Beharrlichkeit und für den Fleiss und die Aufopferung, mit welcher er sich diesen humanen Bestrebungen widmet. Die meisten Menschen, besonders die Aerzte, sind natürlicher Weise durch ihre eigenen geschäftlichen, wissenschaftlichen und häuslichen Angelegenheiten so stark in Anspruch genommen, dass eine derartige aufopfernde Theilnahme ihrerseits für diese Unglücklichen von vornherein unmöglich ist. Wenn wir aber als Aerzte einen derartigen Plan, wie er uns heute Abend vorgelegt worden ist, nicht mit Geld unterstützen können, ist es doch wichtig, dass wir demselben moralisch zur Seite stehen. Es giebt viele reiche Kaufleute unter den hiesigen deutschen Bürgern, welche noch nicht ihre volle Pflicht gegen ihre unglücklichen Landsleute gethan haben. College Seibert hat sie schon vor vielen Jahren in seiner kleinen Broschüre „Die Armenpraxis der Stadt New York" apostrophirt. Wenn nun durch einen Aufruf der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York das schlummernde Ehrgefühl in dieser Klasse wachgerufen werden kann, und sogar nur 50 oder 100 Tausend Dollars für diesen Zweck gesammelt werden könnten, wäre das nicht nur in sich selbst ein grosser Fortschritt, sondern würde als hervorragendes Beispiel unter den anderen Spitälern Nachahmer finden und in weiteren Klassen und unter den schwindsüchtigen Armen anderer Abkunft heilvoll wirken. Ueber die Nothwendigkeit weiterer Bestrebungen für die schwindsüchtign Armen aller

Nationen und aller Confessionen herrscht ja kein Zweifel. Jeder Arzt, auch derjenige, welche nur kurze Zeit in der Praxis gewesen ist, lernt bald, wie hülflos er diesen Fällen gegenübersteht. Er weiss schon recht gut, was angezeigt ist — was man thun sollte, aber die Mittel fehlen dem Patienten, und die paar Institute, welche für diese Klasse existiren, sind alle gedrängt voll und haben alle lange Wartelisten. Der Patient stirbt schliesslich, nicht weil er die Schwindsucht hat, sondern weil er arm ist. Mancher College wird vielleicht sagen, dass der Staat oder die Stadt dieses Problem lösen sollen. Der Staat hat angefangen, mitzuhelfen. In Massachusetts steht schon ein Institut, und im Staate New York ist man im Begriffe, in den Adirondacks ein Aehnliches zu bauen. In diesem Jahre noch wird ein Comité hervorragender Aerzte, welches von dem Council der Academy of Medicine delegirt worden ist, vor dem Board of Estimate und Apportionment die Auslage einer grossen Summe für die Behandlung schwindsüchtiger Armen dieser Stadt befürworten. Aber bei einem Problem von solch' riesigem Umfang wie das der schwindsüchtigen Armen müssen alle Kräfte mithelfen. Nur auf diese Weise wird es möglich sein, in den nächsten Jahrzehnten die ungeheuere Sterblichkeit dieser Krankheit zu vermindern, oder gar, wie die Optimisten denken, ganz zu verhindern. Dem Plane des Collegen K n o p f wünsche ich daher „Glückauf!"

Dr. L. W e b e r: Zur Orientirung für diejenigen von den Anwesenden, welche es noch nicht wissen, möchte ich in Bezug auf eine Bemerkung eines Vorredners sagen, dass das St. Marks Hospital von deutschen Aerzten und deutschen Privaten und mit deutschem Geld gegründet ist, und dass ich es als ein deutsches Institut betrachte, in dem allerdings auch amerikanische Aerzte ein und ausgehen. Bei der Neubegründung des Instituts hatte ich das speciell im Auge, und es ist mir auch gelungen, es auszuführen, ein Hospital für practische Aerzte zu begründen, und als solches besteht es. Aber es ist ursprünglich und auch heute noch als deutsches Hospital zu betrachten, so dass bei irgend einer Vorlage, die vielleicht von dieser Gesellschaft ausgehen dürfte, um unbemittelten Tuberculösen eine Stätte zu schaffen, wo ihre Krankheit im Anfangsstadium mit Erfolg behandelt werden kann, ganz gewiss das St. Marks Hospital und hoffentlich auch die sog. deutsche Polyklinik sich mit demselben Eifer direct und indirect betheiligen wird, wie das Deutsche Hospital. Ueber die Nothwendigkeit der Beschaffung eines Sanatoriums für die Behandlung unbemittelter schwindsüchtiger Deutsch-Amerikaner brauchen wir keine Worte zu verlieren. Wenn auch die Stadt New York abgesehen von dem, was der Staat schon gethan hat, eine oder zwei Heilstätten gründen will, wie es s. Zt. in der Academy of Medicine gesagt wurde, so ist das noch lange nicht genügend, um die vielen armen behandlungsbedürftigen Schwindsüchtigen der Stadt unterzubringen. Der Gedanke, wie er von dem Vortragenden Dr. K n o p f angeregt wurde, eine Lungenheilstätte nach dem Muster der deutschen oder englischen Anstalten zu begründen, ist deshalb gut und hat meine volle Sympathie. Was die Bemerkungen der Herren Vorredner betrifft, dass die Arbeiter selbst deren Vereine etc., etc. zur

Erbauung einer solchen Anstalt in Anspruch genommen werden könnten, daran zu denken liegt mir ganz fern. Ich denke, dass das von Seiten der reichen Privatleute geschehen soll, und dass man nur für Behandlung und Verpflegung im Sanatorium an die Kranken oder deren Angehörige Anspruch erheben sollte. Um die Sache practisch anzugreifen, glaube ich, wäre es am besten, ein Comité zu ernennen, das aus einem Arzt, der das Deutsche Hospital repräsentirt, einem anderen, der das St. Marks Hospital und natürlich auch die betreffenden Dispensaries, die dazu gehören, repräsentirt und einem Arzt von Brooklyn bestehen soll, und ferner aus Mitgliedern aus dem Verwaltungsrath dieser Gesellschaft, nämlich dem Präsidenten und einem anderen Mitglied. Diese Herren könnten die Sache practisch besprechen und in der nächsten Sitzung dem Verein darüber Mittheilung machen, was zu thun wäre. Ich glaube, dass ich im Stande wäre, dem betreffenden Comité einen practischen Vorschlag zu machen. Ich will mit den Einzelheiten desselben jetzt nicht herauskommen und möchte also, wenn die Discussion zum Schluss gelangt ist, den Antrag stellen, dass ein Comité ernannt werde, welches in der nächsten regelmässigen Versammlung über die Angelegenheit berichten soll.

Dr. A. Jacobi: Dass jeder von uns einem solchen Plane Sympathie entgegenbringt und das seinige dazu beitragen möchte, denselben zu verwirklichen, das halte ich für selbstverständlich. Es stimmt mit dem überein, was die Lebensaufgabe eines jeden Arztes ist. Mir hat es immer geschienen, dass die feststehenden Autoritäten, also vor allem schwebt mir dabei das Deutsche Hospital vor, am besten im Stande wären, endgültig die Sympathie des grossen Publikums für einen solchen Plan zu wecken. Das liegt ja auch mehr in ihrer Zusammensetzung und ihrem allgemeinen Plan. Wenn es möglich wäre, das grosse Publikum, abgesehen von den bestehenden Hospitälern für die Sache zu interessiren, so wäre das sehr gut. Es ist das aber immer eine schwere Aufgabe. Es wird immer die Klage kommen, dass die einzelnen im Publikum ausserordentlich in Anspruch genommen sind u. s. w. Es gehört ein starker Impuls dazu, um sehr viele dafür zu interessiren und Geldmittel zu bekommen. Ich weiss nicht was für Vorschläge gemacht worden sind, da ich zu spät kam, um den Vortrag selbst noch zu hören, aber mit dem, was Dr. Weber soeben gesagt hat, bin ich vollständig einverstanden.

Dr. Alfred Meyer: Ich möchte gerne wissen, ob Herr Dr. Knopf vielleicht etwas über die Stimmung der leitenden Kreise des Deutschen Hospitals ermittelt hat, wie sie sich einem solchen Plane gegenüber verhalten. Ich kann hier nur sagen, dass bei mehreren Gelegenheiten, wo ich den Einfluss der verschiedenen Privathospitäler nöthig hatte, nämlich bei der Frage der Gründung eines staatlichen Hospitals für schwindsüchtige Arme und ausserdem bei Verhandlungen bezüglich der Gründung eines städtischen Hospitals, Herr Kilian, der Präsident des Deutschen Hospitals, sich sehr dafür interessirt hat, und jedesmal wenn eine Versammlung nothwendig war, im Charity Or-

ganization-Gebäude oder auch einmal bei dem Herrn Senator Platt im Fifth Avenue Hotel, Herr Kilian regelmässig zugegen war.

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby: Bevor ich Herrn Dr. Knopf das Wort zum Schluss ertheile, ist es vielleicht practisch, den Antrag Weber vorzubringen. Derselbe geht dahin, dass ein Comité von fünf ernannt werde, bestehend aus drei Aerzten und zwei Mitgliedern des Verwaltungsraths. Ich würde es nicht ungern sehen, wenn Sie dem Präsidenten in Bezug auf die Ernennung von Vertretern der verschiedenen Anstalten etwas freie Hand lassen. Denn wenn wir keinen Vertreter des Deutschen Hospitals in Brooklyn finden, dann bleibt diese Stelle natürlich vacant. Aber wenn es der Fall ist, dann wäre Dr. Knopf, den ich gern in das Comité ernennen würde, ausgeschlossen.

Dr. L. Weber: Wenn Sie das lieber sehen, so kann das Comité aus sieben Mitgliedern bestehen.

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby: Sie haben also den Antrag gehört, dass ein Comité von sieben ernannt werden soll. Wird der Antrag unterstützt?

Dr. W. Freudenthal: Ich unterstütze den Antrag und möchte bitten, dass wir dem Herrn Präsidenten es uberlassen das Comité zu ernennen, wie er es für recht hält. Das wird wohl das beste sein. Im Uebrigen möchte ich sagen, dass die Begriffe über das, was deutsch ist, sich zu verwischen scheinen. Ich gehörte zu dem St. Marks Hospital, als es ganz deutsch war. Jetzt ist die Umgangssprache englisch, die Verwaltung ist englisch, die Aerzte sprechen nur englisch, wenn sie zusammenkommen, kurz, ich glaube nicht, dass das ein deutsches Hospital ist.

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby: Ich bitte nun diejenigen Herren, welche für den Antrag Dr. Weber sind, „Ja" sagen zu wollen. (Geschieht.) Der Antrag ist angenommen.

Dr. S. A. Knopf (Schlusswort): Ich möchte zunächst die Anfrage des Herrn Collegen Meyer beantworten. Die Stimmung unter den Aerzten, besonders des Deutschen Hospitals in Bezug auf die Nothwendigkeit einer deutschen Lungenheilstätte für ärmere Schwindsüchtige ist mir sehr wohl bekannt. Ich habe diesbezüglich eine Anzahl Briefe bekommen, unter anderen einen von Dr. Adler, welcher gewiss einer unserer hervorragendsten deutschen Aerzte und Repräsentanten des Deutschen Hospitals ist. Dieser Herr schrieb mir, dass er sich mit ganzem Herzen der Bewegung anschliessen und für die Verwirklichung sich sehr interessiren würde. In ähnlicher Weise sprachen sich die Herren Dr. Caillé, Dr. Gleitsmann und Dr. Langmann aus. Es ist also zweifellos, dass unter den deutschen Aerzten des Deutschen Hospitals keine Meinungsverschiedenheit hierüber vorhanden ist. Im Namen der armen Schwindsüchtigen möchte ich jedem einzelnen der Herren, die heute Abend hierher gekommen sind, danken; Sie alle wussten, dass Sie keinen wissenschftlichen Vortrag von mir heute Abend zu erwarten hatten. Sie konnten sich selbst sagen, dass dieser Aufruf ein Hülferuf sein müsse. Es ist ein Hülferuf im wahrsten Sinne des Wortes. Wir brauchen Geld, viel Geld, und da die Aerzte

gewöhnlich nicht viel Geld zu entbehren haben, so gilt dieser Hülferuf den wohlhabenden und wohlwollenden Deutsch-Amerikanern. Diese Letzteren, meine Herren, müssen wir für unser Project zu gewinnen suchen. Herr Dr. Freudenthal bestreitet das Recht des St. Marks Hospitals, sich zu den deutschen Hospitälern zu rechnen. Lassen Sie es uns doch getrost als deutsches Hospital anerkennen und lassen Sie uns so weit nur möglich in Frieden und Einigkeit an der Verwirklichung einer deutschen Lungenheilstätte zur Ehre des Deutschthums Gross-New Yorks arbeiten. Je mehr Theilnehmer und Arbeiter wir in diesem schönen Felde wahrer Wohlthätigkeit haben, je mehr Aerzte und Institute sich dafür interessiren, um so sicherer ist der Erfolg. Von Brooklyn haben zwei Collegen versprochen, heute herüber zu kommen. Wahrscheinlich ist aber das schlechte Wetter die Ursache ihres Nichterscheinens. Die Mittheilung des Collegen Freudenthal über die zu erwartende Mitwirkung der Logen ist allerdings sehr interessant. Ehe wir jedoch auf eine solche Mitwirkung rechnen können, müssen wir eine Anstalt haben. Wir müssen den Leuten zeigen können, wo und wie wir für ihre lungenkranken Logenbrüder sorgen können. So lange wir aber noch keine Anstalt besitzen, dürfte es schwer fallen, die Leute zu veranlassen, sich an unserer Bewegung zu betheiligen. Dem Wunsch des Dr. Krause, den Vortrag in öffentlichen Blättern bekannt zu machen, würde ich mich nur dann anschliessen, wenn er die Genehmigung der Gesellschaft hat. Ich selbst habe bereits mit Herrn Collegen Ripperger darüber gesprochen und wir wollen den Aufruf erst in unserer Deutschen Medicinischen Monatsschrift, und dann, wenn Sie es wünschen, in den deutschen Zeitungen hier veröffentlichen. Ich bitte Sie, meine Herren, sich darüber zu entscheiden und ein Comité zu erwählen, welches zur Aufnahme von Geldern berechtigt ist. Vielleicht dürfte sich die Verwirklichung der Sache dann schneller machen lassen, als wir glauben. Alles, was Dr. Weber gesagt hat, kann ich nur unterstützen. Er kennt die Verhältnisse New York's in Folge seines langjährigen Aufenthalts besser als ich und hat gewiss Recht, wenn er von der dringenden Nothwendigkeit der Errichtung eines solchen Institutes spricht. Herr Professor Jacobi hat das schöne Wort „Lebensaufgabe" ausgesprochen. Als Aerzte haben wir in unserem Berufe gewiss eine der schönsten Lebensaufgaben. Lassen Sie mich meine Bemerkungen mit der Bitte schliessn: Machen Sie sich alle die Lösung des Tuberculose-Problems, welches nicht nur ein medicinisches, sondern auch ein sociales Problem ist, wenigstens zur theilweisen Lebensaufgabe. Thue jeder von Ihnen, was er kann und ich bin überzeugt, in weit kürzerer Zeit als wir es ermessen können, werden wir eine deutsche Lungenheilstätte in Gross-New York haben, welche eine Zierde und eine Ehre der hiesigen deutsch-amerikanischen Bevölkerung sein wird.

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby: Es liegt uns also noch der Vorschlag des Herrn Dr. Knopf vor, betreffend die Veröffentlichung seines Vortrags in der Tagespresse. Was wünschen Sie dazu zu beschliessen?

Dr. L. Weber: Ich glaube, dass es verfrüht wäre, irgend etwas

in der Richtung zu thun, bevor das Comité in der nächsten Sitzung Bericht erstattet hat. Die Deutsche Medicinische Monatsschrift mag den Aufruf vorher bringen, aber die Tagespresse sollte erst in Anspruch genommen werden, wenn wir einen bestimmten Plan gefasst haben, was wir thun wollen.

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby: Das ist auch meine Meinung, und ich nehme an, auch die der Gesellschaft. Ich glaube, dass wir viel mehr ausrichten werden, wenn wir damit warten, bis das Comité eine practische Grundlinie gezogen hat. Jedenfalls danken wir Herrn Dr. Knopf für seine Bemühungen heute Abend.

Dr. Louis Heitzmann: Einige Bemerkungen über practische Harnanalyse. (Vortrag ist in der April-Nummer der Monatsschr. publicirt.)

Discussion. Dr. Alfred Meyer: Wenn ich irgend eine Bemerkung zu dem Vortrage des Herrn Dr. Heitzmann zu machen habe, so ist es (was ja auch für die Diagnose anderer Zustände als Nierenkrankheiten stichhaltig ist), dass man sich in den meisten Fällen auf eine Diagnose nicht verlassen kann, wenn man sein Augenmerk nur auf ein Moment richtet. Ich glaube, man darf nicht allein vom Standpunkte des Chemikers und Microscopikers aus eine Diagnose stellen, sondern jeder gewissenhafte Arzt, welcher die Diagnose vorsichtig stellt, muss die ganze Sache in Betracht ziehen. Es sollten noch das specifische Gewicht, die Farbe des Harns und noch andere Elemente in Betracht gezogen werden, die nicht genannt worden sind, ferner die Untersuchung des Herzens; speciell bei der Schrumpfniere, wo man kein Eiweiss und keine Cylinder findet, da muss man physikalisch-diagnostisch das Herz untersuchen, und es kommen noch andere Sachen dazu. Der Ophthalmologe muss hinzugezogen werden, um zu sehen, ob etwa Netzhaut-Veränderungen vorhanden sind u. s. w. Einen Punkt hat der College nicht betont, den heutzutage häufigen Irrthum, dass Gegenwart von Cylindern vorgetäuscht wird. Seitdem die Centrifuge in Gebrauch gekommen ist, findet man eben in vielen Harnen Gebilde, die man früher bei der alten Methode nicht gefunden hat. Es scheint, als ob die Cylindroide sich viel häufiger zeigen, als bei früheren Methoden, und dass diese Gebilde in der Centrifuge künstlich zusammengeballt werden und zur irrthümlichen Diagnose führen. Kein Arzt sollte sich auf eine einseitig chemische oder microscopische Untersuchung verlassen. — Präsident Dr. Geo. W. Jacoby: Es geschieht so häufig, wie Dr. Heitzmann erwähnt hat, dass gewisse Candidaten von der Lebensversicherungsgesellschaft abgewiesen werden, weil angeblich irgend etwas, Eiweiss oder Cylinder, gefunden worden sind, während der Hausarzt nichts dergleichen findet. Vielleicht kann uns Herr Dr. Kucher aus seinen bezüglichen Erfahrungen etwas mittheilen. — Dr. Jos. Kucher: Bei allen Lebensversicherungen besteht mehr oder weniger die Schwierigkeit, ein sicheres Mittel zu finden, um Nierenerkrankung zu diagnosticiren. Es kommt häufig vor, dass ein Applicant von der Gesellschaft abgewiesen wird, wenn man Eiweiss gefunden hat, und nach mehreren

Jahren wird dann derselbe Applicant von dem Arzt einer anderen Gesellschaft untersucht, und trotz sorgsamster Untersuchung wird kein Eiweiss gefunden. In anderen Fällen kommt es wieder vor, dass massenhaft Eiweiss gefunden, und die ungünstigste Prognose gestellt wird, und nach einigen Jahren verschwindet das vollständig, und der Mann erfreut sich der besten Gesundheit, während in einem anderen Fall kaum eine Spur von Eiweiss gefunden wurde und der Mann in kurzer Zeit starb. Diese Frage ist vielfach von Aerzten discutirt worden, um zu einem sicheren Resultat zu kommen, aber bisher konnte man nichts Genaueres finden. Es ist kein sicherer Anhaltspunkt vorhanden. Jetzt steht man auf dem Standpunkt, wenn bei einem Applicanten vor den mittleren Lebensjahren Eiweiss gefunden wird, wird er in der Regel nicht abgewiesen, sondern wird ersucht, sich nach einiger Zeit wieder untersuchen zu lassen, und erst wenn man nach wiederholter Untersuchung Eiweiss oder kein Eiweiss findet, wird dann die Entscheidung getroffen. Was die Proben betrifft, die man anwendet, so begnügen sich die meisten Gesellschaften mit der Koch-Probe, und wenn sie da kein Eiweiss finden, so machen sie weiter keine genauere Untersuchung. Aber trotzdem ist es sehr häufig nothwendig, andere Untersuchungen und Proben anzuwenden. Unter allen verschiedenen Proben, wie Dr. Stein schon vor mehreren Jahren ausgesprochen hat, ist die Sulphosalicyl-Probe die sicherste. Ich habe auch die Koch-Probe mit Essigsäure gemacht, wie Dr. Heitzmann erwähnt hat, aber finde sie nicht feiner als die Sulpho-salicyl-Probe. — Dr. Ripperger: Nach dem Vortrag des Herrn Collegen Heitzmann könnte man wirklich irre werden an der Brauchbarkeit und Richtigkeit der bei den Practikern allgemein üblichen Eiweissproben. Glücklicherweise ist die Sache doch nicht ganz so schlimm. Dass man bei der Koch-Probe Säure zusetzt, gehört doch zum A B C der Harnuntersuchung, und ich glaube nicht, dass es so viele Aerzte giebt, die dies nicht wissen, wie Dr. Heitzmann annimmt. Ich glaube, dass wenn bei der richtig ausgeführten Koch-Probe mit Salpeter- oder Essigsäurezusatz ein Niederschlag resp. Trübung entsteht, dies für die Diagnose Albuminurie vollauf genügt. Ein Eiweissgehalt, der sich nur durch die feinsten Untersuchungsmethoden nachweisen lässt, reicht an die physiologischen Grenzen. Im Uebrigen ist die Koch-Probe mit Essigsäurezusatz unter den Aerzten nicht so selten, wie dies Dr. Heitzmann anzunehmen scheint. Ferner vermisse ich, da Dr. Heitzmann doch auf alle mögliche Feinheiten und Irrthümer bei der Harnuntersuchung hingewiesen hat, die Erwähnung der cyclischen Albuminurie, die darin besteht, dass das betr. Individuum nur dann Eiweiss ausscheidet, wenn es sich in aufrechter Stellung befindet, dass dagegen bei Bettruhe die Eiweissausscheidung vollkommen sistirt. — Dr. H. J. Boldt: Ich möchte fragen, wie Dr. Heitzmann es erklärt, dass trotzdem alle Symptome einer Blasenentzündung vorhanden sind, die Harnuntersuchung eine Cystitis nicht bestätigt. Ganz frisch catheterisirter Harn, der sauer reagirt und auch im Uebrigen auf keinen pathologischen Zustand der Blase oder Nieren schliessen liess, zeigt eine ziemliche Quantität Bacterien. Im Laufe des vergangenen Jahres habe ich zwei der-

artige Fälle von Bacteriurie gesehen. — Dr. B. S. Talmey: Ich glaube, das einzig Neue, was wir aus dem Vortrag von Dr. Heitzmann gelernt haben, ist, dass man eine Diagnose auf interstitielle Nephritis stellen kann, ohne dass man Cylinder oder eigentlich viel Eiweiss findet, manchmal wenn fast gar kein Eiweiss vorhanden ist. Die Gegenwart von Nierenepithelien genügt für die Diagnose. Er giebt uns aber kein Mittel an zu unterscheiden, was Eiterkörperchen und was Nierenepithelien sind. Es ist aber durch den Grössenunterschied allein sehr schwer, zwischen Eiterkörperchen und Nierenepithel zu unterscheiden. Namentlich bei Frauen, wo immer etwas vaginaler Ausfluss da ist und immer einige Eiterkörperchen gegenwärtig sind; und bei Männern, die vielleicht an Prostatitis leiden, findet man immer Gebilde, von denen man eigentlich nicht recht weiss, sind es etwa vergrösserte Eiterkörperchen oder sind es Nierenepithelien. Wenn Dr. Heitzmann uns ein ausschlaggebendes Mittel angeben würde, das zu unterscheiden, so könnte man vielleicht eine Diagnose stellen. Ich hatte neulich einen Fall im Hospital, wo ich wochenlang den Urin untersuchte, in dem keine Cylinder zu finden waren und konnte doch nicht entscheiden, ob die Zellen Nierenepithelien oder Blaseneiterkörperchen waren. Es waren in Bezug auf den Grössenunterschied der Gebilde alle Erscheinungen einer interstitiellen chronischen Nephritis da, und die Frau ist trotzdem nachher gesund geworden. Es müssen also nur Eiterkörperchen gewesen sein, wahrscheinlich aus dem Vaginalausfluss oder einer Blasenentzündung. Mann kann daher von diesen beiden Eiterkörperchen und Nierenepithelien keine Diagnose auf chronische interstitielle Nephritis stellen, wenn man nicht noch Eiweiss und Cylinder im Harn findet. — Dr. Louis Heitzmann (Schlusswort): Was Dr. Talmey das einzig Neue an meinem Vortrag nennt, das er daraus gelernt habe, sollte für ihn doch nichts Neues gewesen sein. Er wurde schon vor sechs Jahren in meinem Laboratorium über die Harndiagnostik aufgeklärt, und es konnte nicht meine Absicht sein, ihm heute viel Neues zu bringen. Es war jedoch meine Absicht, einige practische Bemerkungen zu machen über Fehler, welche häufig vom allgemeinen Arzt begangen werden. Herrn Dr. Meyer möchte ich erwidern, dass im Rahmen eines kurzen Vortrages ja doch nur auf das hingewiesen werden kann, was der practische Arzt gewöhnlich für Proben macht. Dr. Meyer hat vollkommen Recht, wenn er alle die verschiedenen Proben zusammen nimmt und nicht nur das, was im Harn gefunden wird. Ich wollte aber nur über Harnproben sprechen und über nichts weiter. Es thut mir leid, dass ich vergessen hatte, die Centrifuge zu erwähnen, und auch hier kann ich Herrn Dr. Meyer nur vollständig zustimmen und freue mich, dass er derselben Meinung ist, dass seit dem Gebrauch der Centrifuge viel mehr Fehler gemacht werden, als früher. Die americanischen Aerzte, die durchwegs die Centrifuge gebrauchen, machen heute mehr Fehler, als vor 10 Jahren, und ist dies gerade bei der Diagnose von hyalinen und granulirten Cylindern der Fall. Wir wissen, dass bei dem Gebrauch der Centrifuge Schleim und Bacterien in beträchtlicher Menge gefunden werden, so dass Schleim- und Bacteriencylinder zahlreich vor-

handen sind. Bei Untersuchung auf Tubercelbacillen ist das Centrifugiren deshalb entschieden anzurathen, jedoch für gewöhnliche Harnuntersuchungen kann nicht zu viel davor gewarnt werden. Herrn Dr. Kucher habe ich eigentlich nichts zu erwidern. Fehler werden von Lebensversicherungsgesellschaften, welche nicht sorgfältig genug untersuchen, leider zu häufig gemacht. Herrn Dr. Boldt möchte ich sagen, dass man bei acuten Blasenentzündungen Bacterien gewöhnlich in grosser Anzahl findet; aber es ist mir kein Fall bekannt, wo Bacterien in der Blase vorhanden sind und die klinischen Erscheinungen einer Cystitis hervorrufen, in welchem nicht wenigstens einige Epithelien der Blase und Eiterkörperchen zu finden waren. Fälle, in welchen vorübergehend Erscheinungen einer Cystitis vorhanden sind, aber microscopisch nichts nachweisbar ist, kommen vor, doch können wir da nicht von Cystitis sprechen. Wirkliche Bacteriurie kann wohl auf verschiedene aetiologische Momente zurückgeführt werden. Ich möchte noch einmal auf Dr. Talmey zurückkommen. Er frägt, wie kann man eine solche Diagnose machen? Er scheint das vergessen zu haben, denn ich habe hier doch erwähnt, dass Nierenepithelien diagnosticirt werden können, wenn wir Gebilde im Harn haben, die ein Drittel grösser sind als Eiterkörperchen. In jedem Harn sind Eiterkörperchen zuerst zu suchen. Sind die Eiterkörperchen nicht vorhanden, wie es ja bei acuten Blutungen vorkommt, wo man überhaupt nicht von Eiterkörperchen sprechen kann, da haben wir weisse Blutkörperchen. Weisse Blutkörperchen und Eiterkörperchen sind im Harn nicht zu unterscheiden. Diese Leucocyten oder Eiterkörperchen müssen zuerst gefunden werden, und nur wenn wir diese gefunden haben, können wir auf An- oder Abwesenheit von Nierenepithelien schliessen, wenn wir Gebilde finden, welche ein Drittel grösser sind als die Eiterkörperchen des betreffenden Falles. Wir wissen ja Alle, dass Eiterkörperchen in jedem Fall an Grösse variiren, aber nur bis zu einer bestimmten Grenze. Nie wird man Eiterkörperchen in demselben Fall finden, die ein Drittel grösser sind als andere; wohl in verschiedenen Fällen, aber dann sind wieder die Nierenepithelien ein Drittel grösser als die Eiterkörperchen in diesen Fällen. Die An- oder Abwesenheit eines Kerns hat gar nichts mit der Diagnose zu thun, und ich habe deshalb den Kern auch nicht erwähnt. Es handelt sich nur um das Grössenverhältniss.

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby: Ich habe noch mitzutheilen, dass als Mitglied Dr. F. A. Tarler, 157 Clinton St., von Dr. Gleitsmann vorgeschlagen ist.

Dr. A. Rose: Es sind zwei Resignationen eingegangen, nämlich von Dr. Von Emden und Dr. G. Schlereth, und ich stelle den Antrag, dass diese Resignationen angenommen werden. (Unterstützt.)

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby: Ich ersuche die Herren, welche für Annahme der Resignationen sind, „Ja" zu sagen. (Geschieht.) Angenommen.

Schluss und Vertagung.

Dr. John A. Beuermann, prot. Secretär.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Ueber die desinficirenden Eigenschaften der Peroxole hat Prof. Dr. Max Beck aus dem Institut für Infectionskrankheiten in Berlin eine sehr interessante Abhandlung veröffentlicht, von welcher mit Nachfolgendem die wichtigsten Punkte wiedergegeben werden sollen: Von der grossen Menge der Antiseptica, welche noch vor Jahrzehnten im Beginn der Lister'schen Aera den Arzneischatz zierten, sind jetzt nur noch wenige übrig geblieben, zu welchen bei einer Operation gegriffen wird. Vor Allem ist es das Sublimat und die verschiedenen Cresolpräparate, welche als Antiseptica heutzutage noch in Betracht gezogen werden, die jedoch wegen ihrer giftigen Eigenschaften im Allgemeinen nur in schwacher Concentration angewendet werden. Andere Präparate dagegen, wie die essigsaure Thonerde, Borsäure, Salicylsäure u. s. w., welche diese giftigen Eigenschaften nicht besitzen, wirken im Allgemeinen nicht so intensiv, um in den gebräuchlichen Verdünnungen die inficirenden Bacterien in Wirklichkeit abzutödten. Der Gedanke liegt daher nahe, durch Combination einer grösseren oder geringeren Anzahl von mehr oder weniger concentrirten antiseptischen Mitteln verschiedenster Art eine Mischung herzustellen, deren einzelne Bestandtheile in so geringer Menge in derselben enthalten sind, dass sie keine giftigen Eigenschaften erzeugt, im Ganzen zusammen aber doch antiseptisch wirkt. Von diesem Grundsatz ausgehend empfahl Rotter eine Lösung der gebräuchlichsten Antiseptica: Sublimat, Carbolsäure, Zinc. chlor., Zinc. sulfocarb., Acid. bor., Acid. salicyl., Thymol und Acid. citric.

Als ein starkes, dabei gleichzeitig doch unschädliches und ungiftiges Antisepticum hat immer das Wasserstoffsuperoxyd (H_2O_2) gegolten. Bei dem Zusammenbringen von stärkeren Lösungen mit Blut oder Eiter findet eine Zersetzung des H_2O_2 in Wasser und Sauerstoff statt. Diese katalytische Wirkung zeigt sich deutlich, indem bei der Abspaltung des Sauerstoffes im Blute und im Eiter eine starke Schaumbildung entsteht. In gleicher Weise sehen wir aber auch dieselbe katalytische Wirkung, wenn wir das H_2O_2 mit Bacterien oder Bacteriengemischen in Berührung bringen. Es bilden sich gleich bei dem Eingiessen des H_2O_2 feine Bläschen, die in wenigen Minuten anwachsen und eine reichliche Schaumbildung bewirken. Sehr schön sieht man diesen Vorgang in einer 48stündlichen Bouilloncultur von Diphtheriebacillen, wo sich sofort nach Eingiessen einiger Tropfen von einer verdünnten H_2O_2-Lösung eine so heftige Schaumbildung entwickelt, dass der Schaum in kürzester Zeit über den oberen Rand des Reagensgläschens überläuft und den verschliessenden Wattepfropfen über den Rand hinausdrängt.

Man nimmt allgemein an, dass die bactericide Wirkung des H_2O_2 in der Bildung von nascirendem O bestehe. Nach den gemachten Erfahrungen nimmt aber die desinficirende Kraft des H_2O_2 mit der Zunahme der katalytischen Kraft in dem betreffenden Medium, sei es Eiter oder Blut, ab, wie dies auch Al. Schmidt und Honsell gefunden haben. Letzterer kommt nach Vergleich der Einwirkung von H_2O_2 auf Staphy-

lococcen in Hydrocelenflüssigkeit, in serofibrinösem Exsudat und in Eiter zu dem Schlusse, dass „ganz parallel mit der Zunahme der katalytischen Kraft des Mediums eine Abnahme des bactericiden Vermögens des Wasserstoffsuperoxyds einhergeht."

Wir sehen aber gleichzeitig bei dieser Einwirkung des H_2O_2 auf die Gewebsflüssigkeiten, wie z. B. in Geschwüren, der Eiter und die Blutcoagula aufgezehrt und schliesslich entfernt werden. Es lag daher der Gedanke nahe, das Wasserstoffsuperoxyd mit sauren antiseptischen Lösungen, durch die das H_2O_2 selbst nicht zersetzt wird, zu verbinden und auf diese Weise durch Combination mit Salicylsäure, Carbolsäure u. s. w. ein Desinficiens zu schaffen, das nicht blos oberflächlich zu wirken im Stande ist, sondern auch in die Tiefe und in die Ecken und Kanten der Wundflächen seine desinficirende Eigenschaft zu entfalten vermag. Ausserdem sah man aber andere Mittel aus der aromatischen Reihe in Verbindung mit H_2O_2 entschieden stärker desinficirend wirken als allein, vor Allem Naphthol und Thymol, und ebenso Campher, Menthol, ferner auch schwefelsaures Chinin und Chlorzink.

Diese Präparate, welche unter dem Namen Peroxole hergestellt werden, stellen wasserklare Flüssigkeiten dar, die sich beliebig mit Wasser verdünnen lassen. Je nach ihrer Verbindung mit Campher, β-Naphthol, Menthol oder Thymol werden dieselben als Campheroxol, Naphthoxol, Menthoxol oder Thymoxol bezeichnet. Der wesentliche Bestandtheil derselben ist H_2O_2 in 3procentiger Lösung (Gewichtsprocent) und zwar so, dass den alcoholischen Lösungen von Campher u. s. w. eine stärker concentrirte Lösung von H_2O_2 zugefügt wird, bis letztere 3 Procent entspricht. Das Wasserstoffsuperoxyd ist frei von Salzsäure und enthält wesentlich nur zur Conservirung geringe Spuren von Phosphorsäure. Die anderen Bestandtheile sind in 1procentiger Lösung dem Präparate zugefügt, so Thymol, Campher, Menthol und Salicylsäure, β-Napththol dagegen in 2procentiger Lösung. Durch Zusatz von 33 bis 38 Procent Alcohol werden diese Mittel in Lösung erhalten.

Wenn man diese Präparate, also z. B. Menthoxol, bestehend aus 1 Procent Menthol, 33 Procent Alcohol, in 100 ccm 3procentiger Wasserstoffsuperoxyd als Original- oder concentrirte Lösung bezeichnet, so kommen für die Praxis hauptsächlich 5- bezw. 10-procentige Verdünnungen in Betracht.

Trotzdem das Wasserstoffsuperoxyd als solches schon seit langer Zeit mit Recht in der Chirurgie zur Desinfection von Wunden und besonders zum Reinigen von Geschwüren angewandt worden ist, hat es doch im Allgemeinen wenig Eingang gefunden, besonders auch deshalb, weil bis jetzt wenig haltbare Präparate in den Handel gebracht worden sind. Denn die concentrirten Lösungen zersetzen sich leicht in Licht und Wärme und geben in Bälde ihren Sauerstoff ab, so dass sie in kurzer Zeit unwirksam werden. Zur Desinfection von Wänden und von Effecten muss von dem Wasserstoffsuperoxyd wegen seiner bleichenden Wirkung selbstverständlich Abstand genommen werden. Aus den verschiedensten Versuchen geht ferner hervor, dass das Wassersuperoxyd überall da

kräftige antiseptische Wirkungen entfalten wird, wo es, wie z. B. bei der Desinfection von Urin, Trinkwasser u. s. w., ausser Berührung mit erheblicheren Quantitäten organisirten Materiales steht; dass es dagegen in der Wundbehandlung, wo die Microben sich inmitten von Eiter, Blut und sonstigen stark katalytischen Elementen befinden, kaum bactericid wirken wird.

Wenn wir eine Wunde, besonders eine geschwürige Fläche, mit Wasserstoffsuperoxyd behandeln, so fällt sofort die starke Schaumbildung auf, die auf einer katalytischen Wirkung des Wasserstoffsuperoxyds beruht. Mit der Schaumbildung geht eine Zerstörung der organischen Substanzen der Wundoberfläche einher, es zersetzt sich zunächst das demselben anhaftende Blut und der Eiter, und damit tritt zunächst eine Reinigung des Geschwüres ein, also eine ideale Oberflächendesinfection, da auch die dem Eiter und dem Blute anhaftenden Bacterien bei diesem Vorgang mit zerstört werden. Bei näherer Betrachtung bemerkt man aber auch, dass diese katalytische Wirkung nicht vorübergehender Natur ist, sondern mehrere Stunden anhält, was die lange Schaumbildung auf dem Geschwüre beweist. Die katalysirende Wirkung des H_2O_2 beruht aber nicht blos auf dieser oberflächlichen Reinigung, sondern sie dringt auch noch tiefer in das umgebende Gewebe ein. Besonders werden auf diese Weise auch die Ecken und Buchten, in die die anderen Mittel nicht eindringen können, aufgeschlossen. Ausserdem wird auch der Boden des Geschwüres gereinigt und dem H_2O_2 Gelegenheit geboten, vermöge der katalytischen Wirkung sämmtliche neu sich bildende Eiterzellen zu zerstören. Ist diese Vernichtung der das Geschwür bedeckenden Eiterzellen vollendet, so tritt als weiterer Factor das dem H_2O_2 beigegebene Desinficiens, wie Salicylsäure, Menthol, Naphthol, Carbolsäure u. s. w., in Kraft, indem es nun ungeschwächt seine desinficirende Wirkung auf die Geschwürsoberfläche entfalten kann.

Ein einfaches Beispiel diene als Beweis, das tuberculöse Impfgeschwür beim Meerschweinchen. Wird einem Meerschweinchen eine Platinöse voll einer Reincultur von Tuberkelbacillen in eine kleine künstliche Hauttasche der vorher abrasirten Bauchhaut gebracht, so heilt die Wunde, wie R. Koch zeigte, zunächst vollständig zu. Nach ca. 8 Tagen bildet sich an der Impfstelle ein eitriger Entzündungsheerd, der nach weiteren 4 bis 6 Tagen aufbricht und zu einem eitrig secernirenden Geschwür sich umbildet. In diesem Geschwür findet man massenhaft Tuberkelbacillen, besonders am Rande desselben, daneben fehlen aber auch nie Staphylococcen und andere eitererregende Bacterien. Wird nun ein solches Geschwür mit H_2O_2 behandelt, sei es in Umschlägen oder in öfterem Abwaschen mit concentrirten Lösungen, so wuchern, wie Impfungen auf frische Thiere zeigen, die Staphylococcen ebenso wie die Tuberkelbacillen im Grunde des Geschwüres, sowie am Rande desselben weiter, während die auf gleiche Weise mit Campheroxol, Naphthoxol oder Menthoxol behandelten Geschwüre vollständig steril bleiben und beim von Neuem damit geimpften Thiere vollständig resorbirt werden, ohne ein frisches Geschwür und allgemeine Tuberculose zu erzeugen. Die Tuberkelbacillen waren also in diesem Falle ebenso wie

die secundär eingedrungenen Staphylococcen u. s. w. durch die Peroxole vollständig vernichtet worden. Es ist also damit deutlich nicht sowohl die intensivere Wirkung derselben gegenüber dem H_2O_2 allein, als auch deren specifische Eigenschaft, in die Tiefe zu wirken, dargethan, und man darf die letztere wohl dahin deuten, dass durch die katalytische Wirkung des H_2O_2 der Boden für die anderen desinficirenden Mittel erst vorbereitet wird. Die Salicylsäure, das Napthol, das Menthol und dergl. kann nun ungehindert seine desinficirende Kraft auf die frische Geschwürsfläche entfalten und zu gleicher Zeit auch mehr oder weniger nach Zerstörung der Eiterzellen in die Tiefe wirken. Speciell diese Eigenschaft hält Verf. für einen grossen Vorzug gegenüber den bisherigen Antisepticis.

In der chirurgischen Praxis fanden die Peroxole Anwendung auf der Klinik von A. Köhler besonders bei Phlegmonen und Abscessen. Es wurden über 200 Fälle längere Zeit mit Menthoxol, Campheroxol oder Naphthoxol behandelt, stets in 10procentiger Lösung. Die Eitersecretion wurde geringer, es kam niemals zu Verhaltungen und es fand niemals eine Zersetzung des Secrets statt. Ebenso zeigten die Peroxole einen entschiedenen Einfluss auf die Granulationsbildung, besonders die schlaffen und grauweissen Granulationen boten nach einigen Tagen ein schönes rothes und pralles Aussehen dar. Auch Fussgeschwüre überhäuteten sich rasch. Zugleich wird von Köhler auf die desodorisirende Eigenschaft der Peroxole hauptsächlich bei übelriechenden Eiterungen aufmerksam gemacht. Auch Werner berichtet über sehr günstige Resultate bei Lymphadenitis, Phlegmonen, Abscessen und über eine rasche und lebensfrische Granulationsbildung bei Geschwüren, besonders bei Ulcus cruris. Ferner weist Werner noch auf die günstigen Resultate bei Rachenerkrankungen hin; er verwendet 5 bis 10procentiges Menthoxol zum Gurgeln, bezw. zur Betupfung der erkrankten Schleimhaut, er empfiehlt das Menthoxol daher als Ersatz für Kali chloricum. Ausserdem rühmt er aber auch das Mittel als Desodorans bei Ohreiterungen. Unangenehme Nebenwirkungen sind ihm niemals begegnet, namentlich keine Reizerscheinungen und keine Eczeme.

Wie die bacteriologischen Untersuchungen ergeben haben, sind die Peroxole in 10procentiger Lösung ihrem Desinfectionswerth nach in gleiche Stufe zu stellen mit 1 pro mille Sublimat, und stehen höher als 5procentiges Carbol und 2procentige essigsaure Thonerde.

Was die Giftwirkung der Peroxole im Thierkörper betrifft, so konnten 5 ccm einer 10procentigen Lösung der Peroxole Kaninchen intravenös ohne Nachtheil injicirt werden. Ebenso wurden 5 und 10 ccm der gleichen Lösung in die Bauchhöhle von Kaninchen gespritzt und gut vertragen; nach subcutaner Injection der gleichen Mengen war einige Stunden nach der Einspritzung ein leichtes Hautemphysem zu fühlen, das nach 24 Stunden wieder verschwunden war, eine Folge der Entwicklung von O. Eine Necrotisirung des Gewebes fand niemals statt.

Die Einwirkung der Peroxole auf die Schleimhaut des Mundes hat

Beck an sich selbst erprobt. Eine 10procentige Lösung wirkt nicht ätzend, nur unangenehm schmeckend in Folge des metallischen Geschmackes des H_2O_2, 5procentige Lösungen wirken schon sicher desinficirend auf die Schleimhäute, und Beck hat Anginen durch Gurgelungen mit 2 bis 5procentiger Lösung von Menthoxol in kürzester Zeit beseitigt. Er möchte daher besonders das letztere Mittel, hauptsächlich auch wegen seiner desodorisirenden Eigenschaften, zur Desinfection der Nase, des Mundes und des hinteren Nasenrachenraumes empfehlen. Ueble Einwirkung auf den Magen hat er auch nach Verschlucken mehrerer Tropfen der concentrirten Lösungen nicht verspürt.

Was die Haltbarkeit der Präparate betrifft, so hat B. bei einer ¼ und ½ Jahr später angestellten Nachprüfung keine erheblichen Unterschiede in der desinficirenden Wirkung derselben gesehen. Er glaubt diesen Umstand hauptsächlich der sorgfältigen Herstellung des H_2O_2 anrechnen zu dürfen und dies besonders auch deshalb betonen zu müssen, da gerade die leichte Zersetzbarkeit des H_2O_2 bis jetzt der allgemeinen Anwendung desselben als Desinficiens im Wege stand.

Ohne selbst eingehendere Untersuchungen nach dieser Richtung angestellt zu haben, hält B. die Peroxole auch sehr geeignet zur Desinfection der Hände, vor allem auch deswegen, weil durch den Alcoholzusatz der Präparate das Fett aufgelöst und so das Mittel tiefer in die Poren der Haut eindringen kann. (Zeitschr. für Hygiene und Infectionskrankheiten. 1901. XXXVI. Bd., S. 294—306.)

— Zu der Mittheilung über die Cocainisirung des Rückenmarks durch Jedlicka (Juninummer der Monatsschr. S. 303) ist noch nachzutragen, dass Jedlicka hierzu Alpha-Eucain benutzte. Es scheint, dass letzteres zur Cocainisrung des Rückenmarkes besser geeignet ist wie Beta-Eucain, obwohl dieses weniger toxisch wirkt wie Alpha-Eucain.

— Ueber den therapeutischen Werth des Aspirins spricht sich Rénon in Paris aus (Bull. et mémoires de la Soc. méd. 25. October 1900). Er hat sehr ausgiebige Versuche mit dem Mittel gemacht und dasselbe bei acutem und subacutem Rheumatismus, bei Lungentuberculose, Typhus, Pneumonie, acuter Nierenentzündung angewendet. Namentlich bei acutem Rheumatismus waren die Erfolge grossartige zu nennen, die Schmerzen nahmen rasch ab und die Temperatur fiel sehr schnell; dabei traten niemals Ohrensausen oder Magenbeschwerden auf. Ebenso war bei Tuberculösen sofort eine Temperaturherabsetzung zu verzeichnen, die den Kranken so wohlthuend beeinflusste, dass er nach Fortsetzung der Anwendung des Aspirins verlangte. R. beobachtete in nur zwei Fällen von 43, dass das Mittel weniger gut vertragen wurde, aber diese Personen waren mit schweren Herzfehlern behaftet und vertrugen überhaupt kein Medicament. Nach R.'s Meinung sind die beiden Hauptfactoren, die den therapeutischen Werth bedingen, die schweiss- und die harntreibende Eigenschaft, die sich gegen-

seitig nicht beeinflussen, sondern neben einander einhergehen. Das Aspirin war in allen Fällen indicirt mit Ausnahme von subacutem Rheumatismus und Ischias, bei deren Behandlung der Erfolg den Erwartungen nicht entsprach. (Allgem. Wiener med. Zeitung, 1901, No. 23.)

Kleine Mittheilungen.

— Die zweite regelmässige Jahresversammlung der Roentgen Society of the United States wird am 10. und 11. September ds. Jhrs. in Buffalo abgehalten werden. Nähere Auskunft ertheilt der Secretär der Gesellschaft, Dr. J. Rudis-Jicinsky, Cedar Rapids, Iowa.

— Verzogen: Dr. v. Grimm nach 244 Ost 13. Strasse; Dr. Adolph Rupp nach 359 West 34. Strasse; Dr. Joseph Wiener, Jr., nach 1001 Madison Avenue.

In Deutschland approbirter Arzt sucht Beschäftigung als Assistent, Krankenpfleger, Reisebegleiter oder sonstige entsprechende Stellung bei bescheidenen Honoraransprüchen. Gefällige Offerten an die Redaction der Monatsschr.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XIII. New York, August 1901. No. 8.

ORIGINALARBEITEN.

Zur Erkenntniss und Behandlung der frühzeitigen Berstung bei Eileiterschwangerschaft, mit beträchtlicher Blutung.

Von Dr. H. Banga, Chicago, Ill.

Das wichtigste Ereigniss im Verlaufe der Eileiterschwangerschaft ist das Bersten des Fruchthalters. Oft genug ist sein Eintritt der erste Anlass zur Herbeiziehung eines Arztes. Nicht weil die Frauen sich nicht schon vorher beklagt hätten, sondern weil die Berstung plötzlich Merkmale erzeugt, welche die Kranke und ihre Umgebung besorgt machen. Diese bedrohlichen Merkmale rühren ausschliesslich von der Blutung her, welche der Berstung folgt, so dass die Erörterung des in der Ueberschrift erwähnten Themas sachlich auf die Beantwortung der zwei Fragen hinausläuft:

1. Woran erkennt man, dass eine Frau innerlich, in die Bauchhöhle hinein, stark blutet? und

2. Woran erkennt man, dass diese Blutung in dem einen Falle von selber zum Stehen kommen wird, während in einem anderen, ohne chirurgischen Eingriff, der Kranken Tod durch Verblutung droht?

Die Beantwortung dieser Fragen wird wesentlich erleichtert werden durch das Vorausschicken eines kurzen Hinweises auf die gröberen Vorgänge, die zur Berstung führen, und auf die verschiedenen Bahnen, welche das heraussickernde Blut einschlägt.

Die weitaus grösste Zahl der Extrauterinschwangerschaften erfährt eine Unterbrechung im ersten, bis spätestens im vierten Monat, wobei gewöhnlich das Ei zu Grunde geht. Abgesehen von Gelegenheitsursachen, die durch Druck auf das Ei dessen Platzen verursachen, wie Stoss, heftiger Husten, Wirkung der Bauchpresse, gynäcologische Untersuchung, ist unzweifelhaft das Missverhältniss zwischen Eileiter und wachsendem Ei Schuld daran. Der Erstere ist eben nicht darauf eingerichtet das Letztere zu beherbergen. Es kommt also früher oder später zu einer Loslösung des Eies von der Haftstelle. Das Blut zwängt sich ein zwischen Placenta und Tubenwand. Die letztere dehnt sich, buchtet sich aus. Während mehr Blut nachsickert und das Ei im weiteren Umfange sich ablöst, füllt sich der Eileiter mehr und mehr unter zunehmender Spannung bis die Geschwulst zum Platzen bereit ist. Oft hält die Tube ohne zu platzen eine grosse Spannung aus, wobei dann das mehr oder weniger offengebliebene Ende den locus minoris resistentiae abgiebt; d. h. der ganze Tubeninhalt, bestehend aus dem Ei sammt Gerinnseln und Blut, wird durch die Ampulle hindurch in die Bauchhöhle gezwängt, entweder ganz oder theilweise, auf einmal oder in Absätzen unter wehenartigen Schmerzen. Dieen Vorgang heisst man „Tubarabort."

Häufiger aber bringt der Druck des im Innern sich ansammelnden Blutes die Eileiterwand selber zum Bersten, und zwar gewöhnlich an der Haftstelle, welche Stelle durch das Hineinwuchern der Chorionzotten, die obendrein öfters myxomatös entartet sind, so wie so geschwächt erscheint. Platzt der Eileiter an der Stelle, welche nicht vom Bauchfell überzogen ist, dann ergiesst sich das Blut zwischen die Blätter des breiten Bandes. Begreiflicher Weise hört in solchem Falle die Blutung nach einiger Zeit von selber auf, da mit dem Wachsen der Blutgeschwulst innerhalb weniger Stunden ihre Spannung sich derart steigert, dass dadurch die blutende Stelle wie durch einen Tampon geschlossen wird. Dieser Bluterguss ins subperitoneale Zellgewebe ist das „Haematom des breiten Bandes."

Tritt der Riss im Eileiter an einer vom Bauchfell überzogenen Stelle ein, dann fliesst das Blut natürlich in die Bauchhöhle ab. Und dabei giebt es nun zwei Möglichkeiten. Entweder handelt es sich um einen frei daliegenden Eileiter. Da

ergiesst sich das Blut ungehindert in die Bauchhöhle bis die Adern leergepumpt sind; denn das ergossene Blut kann sich nicht, wie beim Haematom zu einem tamponnirenden Gerinnsel zusammenballen, da die normale Blutmenge ja bei weitem nicht ausreicht, die Bauchhöhle derart zu füllen. Die Frau stirbt also an Verblutung innerhalb mehrerer Stunden oder Tage. Oder aber: Verwachsungen bestimmen den Verlauf der Blutung — eine Thatsache, die glücklicherweise in den meisten Fällen vorliegt. Diese Verwachsungen können alt, das Ergebniss vorher gegangener Bauchfellentzündungen sein, oder sie haben sich erst kürzlich, im Verlaufe der Extrauterinschwangerschaft gebildet. Die Einbettung des Eies im Eileiter wirkt nämlich reizend auf das bedeckende Bauchfell, das sehr früh injicirt erscheint und sich mit einer klebrigen Ausschwitzung bedeckt. Was nun zufällig mit der ektopischen Geschwulst in Berührung steht, erfährt dieselbe Reizung. So bilden sich Verklebungen und Verlöthungen, welche bei längerer Dauer allmählich an Festigkeit und Ausdehnung zunehmen, und welche alle Organe betreffen mögen, die in der Gegend vorhanden sind, also Darm, Netz, Gebärmutter, Blase, Bauchwand. Auch Blutgerinnsel von Blutungen herrührend, die schon vor der Hauptberstung durchsickerten, dienen öfters durch sogenannte Organisirung als Kitt bei Verlöthungen. Auf jeden Fall bilden die Verwachsungen eine Art Wall um den Fruchtsack. Das Blut ergiesst sich daher in einen abgegrenzten Raum, gerinnt bald und wirkt bei zunehmender Spannung des Ergusses, innerhalb weniger Stunden, in gleicher Weise comprimirend auf die blutende Stelle wie das Haematom des breiten Bandes. Die örtlichen Verhältnisse bedingen es, dass die Verwachsungen mit Darm, Netz, Bauchwand, den Eileiter meistens von oben her bedecken, eine Art Dach über der Beckenhöhle bilden. Daher sammelt sich in der Mehrzahl solcher Fälle die Masse des Blutes im kleinen Becken, gegen den Mastdarm hin, und wird zur Nelaton'schen „Haematocele retrouterina."

Was nun die Menge des ergossenen Blutes, bezw. die Grösse der Blutgeschwulst anlangt, so giebt es alle möglichen Abstufungen. Nicht allzuklein ist die Zahl der Fälle, wo die Störungen so milde auftreten, d. h. die Blutung so gering ist, dass der Arzt kaum zugezogen wird, oder wo er eine geplatzte

Extrauterinchwangerschaft nur vermuthet. Natürlich beziehen sich meine Erörterungen nur auf Fälle mit beträchtlicher Blutung und Geschwulstbildung von Faust- bis Kopfgrösse oder darüber und mit characteristischer Verschiebung der Gebärmutter. Es liegt nämlich auf der Hand, dass eine halbwegs beträchtliche Geschwulst die Lage der Gebärmutter merklich beeinflusst. Beim reinen Haematom erscheint sie nach der entgegengesetzten Seite verschoben, während die Haematocele retrouterina sie aus dem Becken heraus gegen die Symphyse zu, ja oft darüber hinaus, emporhebt. Ab und zu präsentirt sich besonders diese letztere Verschiebung so mathematisch genau, dass man noch nach Wochen daraus auf die Haematocele schliessen kann.

Ich brauche nicht besonders zu erwähnen, dass in der gegebenen Beschreibung der Blutansammlungen als Haematom und Haematocele etwas Schematisches liegt und beide Formen öfters weiterhin in einander übergehen, z. B. durch Platzen des entfalteten breiten Bandes bei Haematom, wie auch die Verschiebungen der Gebärmutter aus denselben Gründen sich manigfaltiger gestalten, als angegeben. Aber für den Verlauf der e r s t e n Berstung mit beträchtlichem Blutverlust mag die gegebene Darstellung gelten.

Betreffs der Herkunft der Blutung die Bemerkung, dass ohne Zweifel die Haft- oder Placentarstelle gewöhnlich das Blut liefert. Dass aber auch der Riss der Tubenwand unmittelbar an der Blutung sich betheiligt, sah ich zweimal beim Bauchschnitt, wo ich den Umstehenden ein winziges Aederlein zeigen konnte, das 12 bezw. 20 Stundenn nach dem muthmasslichen Eintritt des Risses noch deutlich pulsirte. Beide Male handelte es sich um ungehinderte Blutung in die freie Bauchhöhle, bei völlig freibeweglichem Eileiter und kaum wallnussgrosser Eigeschwulst.

Ferner sei erwähnt, dass die gefährlichsten Blutungen bei sehr frühzeitiger Berstung beobachtet werden, weil da die schützenden Verwachsungen entweder noch fehlen, oder zu schwach sind, um das Blut zusammenzuhalten.

Endlich ist ein erklärendes Wort beizufügen über den Schmerz, der ja, so lange die Extrauterinschwangerschaft dauert, in mehr oder weniger heftigem Grade die Kranke plagt. Er rührt zunächst her von der übermässigen Deh-

nung des den Eileiter zu zwei Drittel umgebenden Bauchfelles eine Dehnung, welche zuerst die unmittelbare Folge des Anwachsens des Eies und nachher der Blutungen ist, die zur Loslösung des Eies führen und in der Berstung des Fruchthalters gipfeln. Daher der heftige Schmerz als einleitendes Merkmal der Berstung. In zweiter Linie verursacht Schmerzen die Zerrung der Verwachsungen, welche sich der Haematocelenbildung natürlich widersetzen, und die Erfahrung lehrt, dass bei freier Blutung die Schmerzen gewöhnlich kürzer dauern und weniger heftig sind als bei jener. Eigentliche Wehen, d. h. Zusammenziehungen der Gebärmutter spielen zweifellos beim Schmerz auch mit, besonders wenn die letztere noch mit der Ausstossung der Decidua beschäftigt ist, während nur selten sich im Eileiter genug gesunde Muskelfasern vorfinden dürften, um beim Tubarabort die wirkliche Austreibung zu besorgen.

Kommen wir nun auf unser eigentliches Thema zurück, nämlich zur Beantwortung der ersten Frage: Woran erkennt man, dass eine Frau an einer bedeutenden inneren Blutung in die Bauchhöhle hinein, also an einer Berstung eines extrauterinen Fruchtsackes leidet?

Da haben wir zunächst als subjective Merkmale: Plötzlich eintretender heftiger Schmerz im Unterleib, am stärksten in der Seite, welche schon seit einiger Zeit der Sitz kolikartiger Schmerzen war, aber allmählich sich über den ganzen Unterleib ausbreitend. Uebelkeit, selbst Erbrechen. Gefühl von Schwäche, Ohnmacht, Schwindel, Ohrensausen, Schwarzsehen. Dann Schlafsucht, Gähnen. Grosses Angstgefühl bei vollem Bewusstsein. Der Zustand entwickelt sich mehr oder weniger schnell, innerhalb einiger Stunden und dauert selten mehr als 1 bis 2 Tage. Als objective Merkmale erscheinen: Die Kranke sieht unzweifelhaft anaemisch, entblutet aus. Lippen, Zahnfleisch, Conjunctiva blass. Nase spitz, die ganze Haut des Körpers wachsfarbig. All dies bemerkt um so deutlicher, wer die Kranke vor dem Anfall kannte, also z. B. der Hausarzt. Die Haut fühlt sich kalt an und feucht. Puls klein, weich, 120, 140, 160 Schläge in der Minute oder unzählbar, fadenförmig. Der Bauch gespannt, druckempfindlich, besonders in der „kranken Seite," tief im Becken. Die Kranke fürchtet die Berührung. Vielleicht etwas

blutiger Scheidenfluss, niemals genügend zur Erklärung des Collapses. Kein Fieber.

Die erwähnten Merkmale sichern vollkommen die Diagnose. „innere Blutung," die eben nur von einer geborstenen Extrauterinschwangerschaft herrühren kann. Besonders wenn zur Bestätigung noch einige Angaben aus der Vorgeschichte erhältlich sind, wie Unregelmässigkeit der letzten Regel, einseitige, anhaltende kolikartige Schmerzen im Unterleib, Abgang von Blut oder Fetzen. Wer vorher schon einen Fall in allen Phasen durcherlebt hat, wird sich bei halbwegs beträchtlicher Blutung kaum je in der richtigen Deutung des Zustandes irren. Deshalb will ich mich auch nicht weiter auf die differenzielle Diagnose einlassen zwischen unserer Krankheit und irgend einem anderen Zufall, mit Durchbruch in die Bauchhöhle, wie Appendicitis, Abscess des Eierstocks oder Eileiters u. s. w. Ich will nur betonen, dass bei frisch geborstener Extrauterinschwangerschaft mit beträchtlicher Blutung als characteristischer, ich möchte sagen pathognomonischer Befund eben die Blutleere, die Blässe und das Fehlen von Fieber gelten müssen, während bei Collaps aus irgend einer anderen Ursache, statt des wachsfarbigen Aussehens des Körpers eher eine livide, auf venöser Stauung (Herzschwäche bei vollen Adern) beruhende Färbung vorliegt, neben Fieber.

Sind wir so von der innern Blutung überzeugt, dann giebt uns die zweihändige Untersuchung eine klare und verlässliche Antwort auf unsere zweite Frage, nach der Art der Blutung, ob es sich nämlich im gegebenen Falle um einen ungehinderten Erguss in die freie Bauchhöhle handle, also um die gefährliche Art, welche sich selbst überlassen zum Tode führt, oder, ob wir mit Bestimmtheit die Bildung eines Haematoms oder einer Haematocele erwarten dürfen, also den Ausgang in vorläufige, spontane Blutstillung?

Im ersten Falle, bei der unbehinderten Blutung in die freie Bauchhöhle, findet man anscheinend normale Verhältnisse: die Gebärmutter kaum verschoben, vielleicht etwas vergrössert und weich, beides als frühe Zeichen von Schwangerschaft. Dabei erkennt man gar nicht oder nur undeutlich die ektopische Geschwulst, theils weil wegen der Empfindlichkeit des Leibes eine verlässliche Untersuchung

unmöglich, theils weil eben dies Fälle sind, welche sehr früh bersten und wo also die ektopische Geschwulst wegen ihrer Kleinheit der Betastung entgeht. Im Douglas'schen Raum zeigt sich vielleicht eine gewisse Teigigkeit.

Ganz anders lautet der Befund bei Haematom oder Haematocelebildung. Da findet man neben der Gebärmutter die Blutgeschwulst, den Tampon: bei reinem Haematom seitlich, den Uterus nach der entgegengesetzten Seite verschiebend, bei der Haematocele hinter dem Uterus, ihn mehr oder weniger nach oben gegen die Symphyse emporhebend. Wie gesagt, gehen beide Formen oft genug in einander über, auch findet man alle Abstufungen bezüglich des Grades und der Richtung der Verschiebung der Gebärmutter und der Grösse der Blutgeschwulst. Von entscheidender Wichtigkeit für die Vorhersage ist nun der Zeitpunkt der Untersuchung. Sind nämlich bereits 4, 6, 12 oder mehr Stunden seit dem muthmasslichen Beginn der Blutung verstrichen zur Zeit, da man die Gebärmutter an anscheinend normaler Stelle vorfindet, ohne Anzeichen von Geschwulstbildung in ihrer Umgebung, während zugleich die Merkmale der Entblutung sich immer drohender gestalten, dann handelt es sich zweifellos um eine Blutung in die freie Bauchhöhle. Beobachtet man umgekehrt, wie innerhalb weniger Stunden vom Anbeginn des Anfalles gerechnet, gleichsam unter dem wiederholt, etwa 1—2-stündlich untersuchenden Finger, aus dem Douglas heraus oder zur Seite der Gebärmutter die Haematocele, das Haematom heranwächst, dann fühlt man mit der zunehmenden Spannung der Geschwulst deutlich die Gefahr schwinden und die Ueberzeugung sich kräftigen, dass dieser Druck das unfehlbare Mittel abgiebt zur Tamponade der blutenden Stelle. Um so mehr als mit der Heranbildung der Blutgeschwulst eine deutliche Besserung der Kranken einhergeht.

Nach dem Gesagten ergiebt sich die Behandlung von selbst. Machen wir die Diagnose: Blutung in die freie Bauchhöhle, dann ist sofortiger Bauchschnitt angezeigt. Handelt es sich aber um die Bildung einer Blutgeschwulst, deren zunehmende Grösse und Spannung wir von Stunde zu Stunde verfolgen, dann sei die Losung: Abwarten.

Ueber die Möglichkeiten im weiteren Verlauf solcher Bluter-

güsse, sowie über die dadurch bedingte Behandlung zu sprechen, ist nicht meine Absicht. Mein Zweck war nur, womöglich eine verlässliche Regel dafür aufzustellen, wie wir uns der ersten Berstung mit bedeutender Blutung gegenüber verhalten sollen. Und das schien mir wichtig genug, nicht nur im wohlverstandenen Interesse der Kranken, sondern besonders auch in Rücksicht auf den behandelnden Arzt. Dieser sollte nämlich seinen guten Ruf nicht dadurch aufs Spiel setzen, dass er zu einer sofortigen Operation als lebensrettend drängt, wo die Bildung einer prallen Blutgeschwulst im Gange ist. Verweigert da, trotz Zuredens, die Kranke die Operation, und erholt sie sich sichtbar im Verlaufe einiger Stunden, dann hat der Arzt wahrscheinlich inzwischen einem Collegen Platz machen müssen, welcher die Frau „ohne Operation curirt!" vielleicht ohne dass er sich selber klar ist über den eigentlichen Sachverhalt.

Zum Schlusse füge ich die Geschichte zweier Fälle bei, deren Beobachtung mich zur hier gebenen Auffassung der fraglichen Verhältnisse geführt hat.

Erster Fall: Vor etwa 15 Jahren wurde ich eines Abends, in grosser Eile, in ein Haus gerufen, wo eine Frau sterbenskrank an Cholera morbus darniederliegen sollte. Es hiess, die junge Frau sei des Morgens zwischen 9 und 10 Uhr, als sie vor dem Spiegel stand, um sich zum Ausgange in die Stadt aufzuputzen, plötzlich erkrankt mit heftigem Leibweh, gefolgt von Erbrechen, Schwindel und Abführen, und der beigezogene Arzt habe Cholera morbus diagnosticirt, was in Anbetracht der herrschenden schwülen Sommerhitze den Leuten selbstverständlich vorkam. Im Laufe des Tages habe sich der Zustand so verschlimmert, dass nach und nach noch drei weitere Aerzte gerufen wurden, welche alle die Diagnose Cholera morbus bestätigten. Um 10 Uhr Abends trat ich als fünfter Arzt ans Krankenbett. Beim Anblick der Kranken überraschte mich das blasse, wachsfarbene Aussehen des ganzen Körpers derart, dass mir sofort der Gedanke durch den Kopf schoss: Das ist sicher der lange gesuchte Fall einer geborstenen Extrauterinschwangerschaft! — In Parenthesi füge ich bei, dass in den damaligen Fachschriften dieser Gegenstand das Tagesgespräch bildete, wobei die Extrauterinschwangerschaft fast als eine „neue," „moderne" Krankheit erschien, ähnlich der Appendicitis, nach der ein jeder scharfe Umschau hielt, um

recht bald aus eigener Erfahrung damit vertraut zu werden. — Die Frau lag offenbar im Sterben. Sie war pulslos, schnappte nach Luft, war schlaftrunken, gab aber auf Zurufen richtige Antwort. Der Leib war mässig gespannt, tiefer Druck anscheinend schmerzhaft. Der Uterus erschien mir etwas vergrössert, frei beweglich, und zu meiner Verwunderung gelang es mir nicht, wie erwartet, die Eigeschwulst zu finden. Das hintere Scheidengewölbe war nicht herabgedrängt, fühlte sich aber eigenthümlich weich an. Nach einer halben Stunde starb die Frau. Vom Manne erfuhr ich, dass er gerade 2 Monate verheirathet gewesen, dass die Frau acht Tage über ihre gewöhnliche Zeit gegangen, dass sie seit etwa zwei Wochen über leichte Schmerzen im Unterleib geklagt, welche sie aufs Ausbleiben der Regel schob, dass sie aber sonst stets wohl gewesen sei. Ich theilte ihm meine Vermuthung mit über die Todesursache (Verblutung in Folge von geplatzter Extrauterinschwangerschaft) und erhielt die Erlaubniss zur Oeffnung des Leibes am nächsten Morgen früh 4 Uhr ohne Wissen der übrigen Verwandten. Die Bauchhöhle war voll flüssigen Blutes, untermischt mit einer Menge kleiner Gerinnsel. Der linke Eileiter lag frei beweglich, ohne irgend welche Verwachsungen, in der Blutlache. Nahezu in der Mitte schwoll er zu einer klein wallnussgrossen Geschwulst an, welche, der Kante des breiten Bandes entsprechend, einen zackigen Einriss zeigte und auf dem Durchschnitt sich als eine Art gefächerter Blutklumpen (Mole) erwies. Dieser klinisch wie anatomisch gleich klassische Fall illustrirt auf's Schlagendste das oben aufgestellte Schema für die Entstehung, sowie für die Erkenntniss der Blutung in die freie Bauchhöhle: an der Lebenden keine merkliche Verschiebung der Gebärmutter, keine Geschwulst, weder Ei- noch Blutgeschwulst: bei der Leichenschau: kleine Eigeschwulst in der Mitte des frei beweglichen Eileiters. Riss in dessen oberer Kante. Die Bauchhöhle angefüllt mit flüssigem Blut untermischt mit kleinen Gerinnseln

Also: Wegen der kurzen Lebensdauer des Eies: kleine, an der Lebenden nicht erkennbare Eigeschwulst. Aus derselben Ursache noch keine Verwachsungen, daher ungehinderte Blutung in die freie Bauchhöhle und Tod an Verblutung nach 12 Stunden.

Die auf den ersten Blick erkenntliche Blutleere des ganzen

oberflächlichen Geäders, die wachsfarbene Blässe des Körpers hatte mich auf die Diagnose geleitet. Das Bild des entbluteten Körpers habe ich seither nie vergessen, und mehrmals konnte ich durch den Bauchschnitt mich überzeugen, dass diese Blässe in der That als ein pathognomonisches Merkmal für die innere Blutung gelten darf.

Zweiter Fall: Ende December 1895 erschien in meiner Sprechstunde eine Frau, H. P., 33 Jahre alt, die ich drei Jahre zuvor an einer acuten Entzündung im linken Parametrium behandelt hatte. Die damalige Diagnose hatte gelautet: Ovarialabscess in Folge von gonorrhoischer Ansteckung. Im Verlaufe der sechswöchentlichen schweren Krankheit hatte ich eines Tages dringend die Eröffnung des Abscesses vorgeschlagen, was die Kranke entschieden zurückwies. Nach und nach traten die acuten Symptome zurück, das Fieber schwand, desgleichen die Entzündungsproducte, ohne dass ich Durchbruch in den Darm nachweisen konnte. Nach drei Monaten befand sich die Frau ganz wohl; der früher schon stets retrovertirte Uterus erschien aber festgewachsen.

Diese Frau also suchte Rath wegen achttägigem Ausbleiben der Regel und kolikartigen Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend. Die Untersuchung war wegen Blähung des Leibes erfolglos. Nach 10 Tagen zweite Unterusuchung, wobei ich rechts neben der Gebärmutter eine gewisse empfindliche Völle zu fühlen glaubte, die vorher nicht da war und links fehlte. Eine wirkliche Abtastung des Uterus unmöglich wegen seiner Anlöthung am Beckenboden. Seit zwei Tagen etwas blutiger Abfluss. Die Frau hielt sich für schwanger und meinte die Schmerzen seien Wehen. Ich drückte dem Manne gegenüber den Verdacht aus auf die Möglichkeit einer Einbettung des Eies ausserhalb der Gebärmutter, rieth zu Ruhe und weiterer Beobachtung. Da der Zustand in den nächsten Tagen sich gleich blieb, rief die Kranke einen Collegen, welcher Eierstocksentzündung diagnosticirte. Die Untersuchung hatte um 6 Uhr Abends stattgefunden, im Bette der Kranken. Des Morgens gegen 5 Uhr erkrankte die Frau plötzlich mit heftigen Schmerzen in der vorher schon schmerzhaften rechten Unterbauchgegend. Bald folgte Erbrechen. Drängen auf Blase und Mastdarm, Schwindel, Ohnmacht und Gefühl äussersten Elends. Um halb 7 Uhr sah ich die Kranke und war so-

fort mit mir darüber einig, dass es sich um eine innere Blutung handeln müsse, von einer geplatzten Extrauterinschwangerschaft ausgehend. Denn ich bemerkte die auffallende Blässe der Frau, welche ich vor wenigen Tagen noch blühend und mit rothen Lippen gesehen hatte; dabei den kleinen, fadenförmigen Puls zwischen 150—160 Schlägen, äusserst heftige Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend u. s. w. Temp. im R. 99. Die zweihändige Untersuchung ergab wegen der grossen Empfindlichkeit und der Furcht der Kranken vor Berührung nur so viel, dass von der Scheide aus sich keine Vorwölbung oder Geschwulst erkennen liess. Der Gesammteindruck war derartig, dass mir ein sofortiger Bauchschnitt angezeigt erschien. Doch die Kranke bat, trotz ihres elenden Zustandes, um Aufschub, „da sie ja vor drei Jahren auch ohne Operation durchgekommen sei." Offen gestanden, war mir diese Wendung erwünscht, da ich schon längst darauf aus war, womöglich die Bildung der Blutgeschwulst in oben beschriebenem Zusammenhang zu verfolgen. Wegen der vorausgegangenen Beckenentzündung schien mir aber dieser Fall besonders günstig für eine solche Beobachtung. Ich verliess also die Kranke, um Vorbereitungen für die Operation zu treffen, die vielleicht später doch nöthig werden möchte. Nach zwei Stunden kehrte ich zurück. Der Gesammteindruck war derselbe, doch hatte das Brechen aufgehört. In der Scheide fühlte ich rechts und vor dem retrovertirten Uterus eine deutliche Vorwölbung von mässiger Spannung und sehr druckempfindlich, also etwas, was ich vor zwei Stunden ganz sicher noch nicht wahrgenommen hatte und was ich sofort als ein Zeichen dafür ansah, dass die Bildung einer Blutgeschwulst im Gange sei. Ich sprach der Kranken daraufhin Muth zu, mit der Versicherung, dass ich nun selber glaube, dass wahrscheinlich die Operation nicht nöthig sei. Die dritte Untersuchung machte ich um halb 12 Uhr. Das Allgemeinbefinden war, trotz des recht elenden Aussehens, besser und der Puls war auf 144 gesunken. In der Scheide war unterdessen die Vorwölbung zu einer ziemlich prallen Geschwulst herangediehen, faustgross und sehr druckempfindlich. Bei weiteren Untersuchungen um 1 und 5 Uhr konnte ich das stetige Anwachsen und Erhärten der Geschwulst auf's Schönste verfolgen. Beim letzten Besuch an dem für die Kranke so wichtigen Tage, um 10 Uhr Abends, war sie zu

Kopfgrösse gediehen, prall ausfüllend die rechte Hälfte des Raumes vor dem auf dem Beckenboden liegenden Uterus, bis Handbreit über dem rechten Poupart'schen Bande. Augenfällige Besserung im Allgemeinbefinden: zuversichtliche Stimmung, Puls 110, keine Schmerzen bei ruhigem Liegen, keine Uebelkeit, viel Durst, Aufnahme flüssiger Nahrung.

Ueber den weiteren Verlauf nur so viel: Fieber fehlte gänzlich. Der Allgemeinzustand hob sich rasch. Die Aufsaugung der grossen Haematocele anteuterina vollzog sich sehr langsam, doch wies die Kranke den Vorschlag entschieden zurück, durch eine Ausräumung der Gerinnsel von der Scheide aus, die Heilung zu beschleunigen. Vier Monate nach dem Anfall über zweifaustgrosse in der Mitte fluctuirende Geschwulst, welche offenbar durch eine Saugspritze leicht hätte entleert werden können. Die Kranke meinte aber, „sie habe Zeit, die Aufsaugung abzuwarten." Sechs Monate nach dem Anfall war die Geschwulst klein apfelgross, bei gutem Allgemeinbefinden und wenig örtlichen Erscheinungen. Dreizehn Monate nach dem Anfall unbestimmte Masse rechts fühlbar, gänzlich schmerzlos. Seither habe ich die anscheinend gesunde Frau nicht untersucht.

Dieser Fall ist deshalb lehrreich, weil ich ihn von Anfang bis zu Ende beobachten konnte, also vier Jahre lang, von der so wichtigen Entzündung in der Beckenhöhle an gerechnet. Diese Erkrankung hinterliess nicht nur die Verlöthung der Gebärmutter am Beckenboden, sondern auch Verwachsungen im Raume zwischen vorderer Bauchwand und Gebärmutter, was derjenige ohne weiteres zugiebt, welcher durch den Bauchschnitt sich öfters Einsicht in derlei Fälle verschafft. Solche Verwachsungen aber sind, der obigen Darstellung gemäss, die Ursache der Haematocelenbildung. Dass es sich aber in dem erwähnten Falle wirklich um eine geborstene Extrauterinschwangerschaft und Haematocele handelte, unterliegt keinem Zweifel, nicht nur in Anbetracht der Krankengeschichte bis zur Berstung, sicherlich herbeigeführt durch die Untersuchung eines Collegen am Vorabend des Anfalles, sondern hauptsächlich deshalb, weil kein anderer Zufall bekannt ist, welcher dieselben Allgemeinerscheinungen zusammen mit dem Heranwachsen einer gleich grossen Geschwulst innerhalb 12—16 Stunden veranlassen könnte. Ebenso wie nur eine Blutgeschwulst so an-

standslos verschwindet, wie der weitere Verlauf es darthat. Endlich beweist der Fall, dass in der That das allmählige Prallerwerden der Geschwulst, wie dies innerhalb weniger Stunden wiederholte Untersuchungen feststellen, die Vorhersage bestimmt. Denn schon bei der zweiten Untersuchung entdeckte ich eine Spannung, die bei der ersten fehlte und erwartete daraufhin zuversichtlich die Haematocele, d. h. vorläufige spontane Blutstillung.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Centralblatt für Gynäkologie.

1) K. Witthauer: *Peroneuslähmung durch Beckenhochlagerung.*

Verf. hatte an einer 32jährigen Patientin wegen Adnexerkrankung eine Laparotomie vorgenommen. Die Heilung der Wunde ging ungestört von statten. Am 9. Tage nach der Operation empfand die Pat. Schmerzen im Verlaufe des rechten Unterschenkels, legte dieser Erscheinung keinen Werth bei und sagte davon erst, als sie beim ersten Aufstehen am 14. Tage bemerkte, dass sie das rechte Bein schlechter bewegen konnte, als das linke. Bei der Besichtigung fiel sofort auf, dass sie das rechte Bein nachschleppte und zwar in der für Peroneuslähmung characteristischen Weise, dass der Fuss beim Vorschreiten vom Boden nicht erhoben wird, sondern mit der Grosszehenseite über den Boden schleift. Die electrische Untersuchung ergab abgeschwächte Erregbarkeit im ganzen Peroneusgebiete, besonders vom Nerven aus, aber keine Entartungsreaction. Es wurde electrische Behandlung und Massage angewandt und ca. 8 Wochen nach der Operation war eine erhebliche Functions- bezw. Gehstörung nicht mehr zu bemerken. Als Ursache dieser ungewöhnlich seltenen Lähmung kann sich W. keine andere denken, als eine Druckwirkung auf den Nervus peroneus bei der Beckenhochlagerung und zwar durch die schlecht gepolsterten Beinhalter. (1901, No. 18.)

2) E. Niebergall: *Ueber die Anwendung des Dialysatum secalis cornuti Golaz.*

Das Präparat stellt ein hellrothbraunes, durchsichtiges, dünnflüssiges Medicament dar von angenehmem Geruch und Geschmack; es lässt sich sehr leicht injiciren, ohne Schmerzen zu verursachen. Bei Geburten gab N. stets zwei Pravazspritzen voll pur, ohne Wasserzusatz, bei internem Gebrauch täglich 5 mal 20 Tropfen, ohne je trotz dieser ziemlich hohen Dosis unangenehme Nebenwirkungen gsehen zu haben.

Es kamen mit dem neuen Präparate zur Behandlung 28 geburtshülfliche und 18 gynäcologische Fälle, von denen die ersteren alle mit gutem Erfolge, von den letzteren immerhin 16 mit sehr befriedigendem Resultate behandelt wurden. Als Vortheile des Mittels gegenüber dem Extract. secalis cornuti solutum möchte Verf. vor Allem anführen, dass es sich, weil dünner, wässeriger, viel leichter injiciren lässt, dass es jedenfalls aus dem gleichen Grunde rascher resorbirt wird und daher schnller wirkt. Die gleiche Eigenschaft bewirkt, dass nach der Injection kaum Schmerzen verspürt werden, und dass ein paar Stunden nach derselben an der Stelle des Einstiches keine Verdickung mehr zu fühlen ist. Innerlich genommen schmeckt das Dialysat viel weniger unangenehm als das Extract und sieht auch, weil durchsichtig und dünnflüssig, appetitlicher aus als letzteres, dessen syrupartige Consistenz von vielen Patienten als unangenehm empfunden wird. Nachtheile des Dialysats hat N. keine gesehen und sind ihm namentlich Symptome von Ergotismus trotz wochenlangen Gebrauchs nie zu Gesichte gekommen. (1901, No. 19.)

3) E. Frank: *Zur Aetiologie der Facialislähmung nach Spontangeburten.*

Es handelt sich in dem von F. beschriebenen Fall um Vorderscheitelbeineinstellung des Kindes und um starken Hängebauch der Mutter. Bei dem spontan geborenen Kinde fand sich complete linksseitige Facialislähmung, die F. dadurch erklärt, dass bei der Vorderscheitelbeineinstellung und dem bestehenden Hängebauch die Wehen die linke Schulter gegen die Ohrgegend immerwährend andrückten und dass dieser andauernde Druck der Schulter gegen diese Stelle die Lähmung genau so zu Stande brachte, wie dies manchmal der Druck der Zange auf diese Gegend bewirkt. (1901, No. 20.)

4) Th. Alexandroff: *Ueber eine neue operative Behandlungsmethode der Dysmenorrhoe bei kongenitaler Anteflexio uteri.*

Die Methode besteht in Folgendem: Nach sorgfältiger Desinfection der Scheide mit Sublimatlösung wird die Portio vaginalis mit löffelförmigen Spiegeln blossgelegt und mit Kugelzangen zu beiden Seiten der Mittellinie erfasst. Dann wird, nach Ausführung eines halbmondförmigen Einschnittes längs dem äusseren Rande des Gebärmutterhalses, die Schleimhaut der Portio vaginalis vom eigentlichen Stroma, wie bei der Exstirpation, bis an das Orificium internum, dessen Lagerung man mit der Sonde bestimmt, abgetrennt. Darauf wird in den Cervicalcanal das Pott'sche Messer eingeführt und mit demselben die Schleimhaut des Canales, um eine Verletzung des Venengeflechtes zu ver-

hüten, längs der Mittellinie senkrecht durchtrennt, die Muskelschicht dagegen schräg von links nach rechts. Mit diesem Schnitte wird der ganze Cervicalcanal blossgelegt, wobei seine dunkelrothe, geschwollene Schleimhaut und das rosenrothe Muskelgewebe deutlich zum Vorschein kommen. In der Mehrzahl der Fälle hebt sich die Mucosa am Schnitte so scharf ab, dass die Unmöglichkeit für dieselbe, im engen Cervicalcanale ganz Platz zu finden, deutlich zu Tage tritt. Die durchschnittenen Ränder werden jetzt unmittelbar unterhalb des Orificium internum vernäht, wobei der rechte Muskelrand mit dem rechten Mucosarand vereinigt wird. Zuweilen erfasst die obere Naht auch einen Theil des Muskelrandes, während die unteren nur in die geschwollene und ziemlich resistente Schleimhaut eingreifen. Bei derartiger Vernähung der Schnittränder vergrössert sich der Cervicalcanal um 0,2—0,3 cm, so dass der Erweiterer No. 14 nach Charrière in der Folge leicht eingeführt werden kann. Nach Anlegung von 3—4 Catgutnähten an die Cervicalwand wird die Aussenfläche derselben mit der abseparirten Schleimhaut bedeckt, wobei 2 tiefliegende und mehrere oberflächliche Nähte angelegt werden. In den Canal führt man einen Streifen Jodoformgaze ein, die Scheide wird mit sterilisirter Marli fest tamponirt. Was die Nachbehandlung betrifft, so entfernt man die Tamponstreifen nach 24 Stunden, am 10. Tage werden die Scheidennähte abgenommen, am 12. Tage darf die Pat. das Bett verlassen.

Das casuistische Material des Verf. besteht bis jetzt aus 10 Fällen, bei welchen die Operation zu sofortigem Aufhören der dysmenorrhoischen Erscheinungen führte. Doch ist in keinem dieser Fälle bisher Schwangerschaft eingetreten, wesshalb Verf. die Methode auch nicht als vollkommen zweckentsprechend bezeichnen möchte, so lange es sich nicht herausstellt, dass durch dieselbe ausser der Dysmenorrhoe auch dieser Uebelstand beseitigt wird. (1901, No. 23.)

5) H. Grube: *Strychnin als Peristaltik anregendes Mittel nach gynäcologischen Operationen in der Bauchhöhle.*

A. Martin hat zuerst die Benutzung des Strychnins als Mittel gegen den post-operativen Ileus angeregt. Seinem Vorschlag folgend hat G. eine Anzahl therapeutischer Versuche angestellt, die, wenn sie auch zu einem abschliessenden Resultate nicht haben führen können, zu einer Nachprüfung entschieden auffordern. Gegeben wurde nur das salpetersaure Strychnin und zwar in einer Serie von 32 unausgesuchten Fällen in Pillenform per os, die erste Pille 24 Stunden post operationem, die zweite Pille 3 Stunden später. Jede Pille enthielt 0,0025 Strychnin, die Gesammtgabe betrug also 0,005 in 3 Stunden. Von der Darreichung per os kam G. nach Gebrauch in diesen 32 Fällen zurück, da eine Wirkung, sei es wegen der geringen Dosis oder weil die Strychninresoprtion vom Magen aus langsamer und weniger

energisch vor sich ging und auch die gegebene Dosis häufiger ganz oder theilweise erbrochen wurde, in den meisten Fällen ausblieb, und verabreichte fortan Strychnin lediglich subcutan. Zu gleicher Zeit stieg er auch mit der Dosis und gab nunmehr in einer Serie von 35 ausgesuchten Fällen subcutan als erste Dosis 0,003 g 24 Stunden post operationem; trat keine Wirkung ein, 3 Stunden später nochmals 0,003 g, und trat auch dann keine Wirkung ein, nach abermals 3 Stunden 0,004 g, insgesammt also innerhalb 6 Stunden die Maximaleinzelndosis 0,01 g. Bei beiden Serien wurde nach Versagen der letzten Dosis schon nach ca. 3—4 Stunden ein Glycerineinlauf von 30 g, in einigen Fällen auch ein Kochsalzeinlauf (ca. 1 Liter 0,6proc. Lösung) gegeben, auf welche nach kürzerer oder längerer Zeit, spätestens aber in 4—5 Stunden Flatus abgingen. Die auf diese Weise erzielten Resultate waren derart günstige, dass Verf. ganz entschieden zu weiteren Versuchen in dieser Richtung auffordert. (1901, No. 25.)

6) L. Siebourg: *Beitrag zur Behandlung des Pruritus vulvae.*

S. sucht zuerst, wie allgemein üblich, nach der Ursache für den Pruritus (Harnuntersuchung!) und behandelt diese. Im Allgemeinen sorgt er für Regelung der Diät (Vermeidung von Alcohol und Gewürzen). Er empfiehlt Tags über körperliche Anstrengung, damit Abends Schlafbedürfniss eintritt. Die Pat. sollen das Alleinsein und die Ruhe meiden, damit sie nicht ungenirt kratzen können. Abends sollen sie spät zu Bett gehen, Morgens früh aufstehen. Vor allen Dingen sorge man für kurz geschnittene Nägel. S. kennt Fälle, wo jedes Mal, wenn die Nägel wieder gewachsen waren, eine Verschlimmerung des Leidens eintrat. Es muss ferner den Pat. zur Gewohnheit werden, mindestens Morgens und Abends die von Pruritus befallene Partien mit Seife und kaltem Wasser ca. 5 Minuten lang mit der Hand oder mit einem Wattebausch abzuwaschen; Tags über nach jeder Harnentleerung. Carbolwaschungen sind von gutem Nutzen. S. verordnet dann mit Vorliebe eine Salbe von Cocain 2,0, Orthoform 1,5, Menthol 0,5, Acid. carbol. 1,0:20,0 Vaselin und zwar bei verletzter Schleimhaut oder Haut. Kleine Verletzungen, namentlich Risschen werden vortheilhaft auch mit 10procentiger Höllensteinlösung bepinselt, wonach sie schnell heilen. Abends wird ein Stück Gaze mit obiger Salbe auf den Pruritus gelegt; darauf kommt ein kräftiger Wattebausch, der mit einer T-Binde fest gegen die juckenden Stellen angedrückt wird. Der Druck ist einerseits wohlthuend, verhindert mit der Salbe das Jucken, andererseits können die Pat. schlecht oder gar nicht an den Pruritus heran.

Ist das Leiden chronisch geworden, die Haut und Schleimhaut intact, so gebraucht Verf. zunächst folgende Mischung: Spir. Rusci 50,0, Acid. salicyl. 0,5, Resorcin 1,0, die nach den

Waschungen Morgens und Abends mit dem Pinsel aufgetragen wird. Das Mittel „beisst und brennt" einige Zeit, so dass der Juckreiz dann mehrere Stunden verschwindet und die Pat. schlafen können. Es hat einen dauernden und daher heilenden Erfolg. Dabei hat S. in der letzten Zeit auch subcutane Injectionen gemacht und zwar zunächst mit ganz dünnen Lösungen von Cocain und Carbol. Er machte aber bald die Erfahrung, dass es nicht so sehr auf ein bestimmtes Medicament ankommt, als vielmehr auf eine grosse Menge Flüssigkeit, wodurch die Haut stark abgehoben wird und so die Nervenendigungen gezerrt und empfindungslos werden. S. hat desswegen nach Art der physiologischen Kochsalzinfusionen bis zu ½ Liter mittels Irrigator und Hohlnadel unter die Haut der Vulva etc. injicirt, bis eine gute Abhebung der Haut vorhanden war. Die Injectionen werden nach Bedarf am besten Abends gemacht. Grosse Erfahrung und damit endgültiges Urtheil über diese Methode stehen S. noch nicht zur Verfügung. Doch sind seine Erfolge bisher so gute gewesen, dass er diese Behandlung jetzt schon empfehlen möchte, zumal sie unschädlich ist und ohne Gefahr versucht werden kann. S. zweifelt nicht, dass auch andere Lösungen versucht werden können, vielleicht mit noch grösserem Erfolge. Von Arsen und Atropin innerlich gereicht sah er keine Wirkung. Brom und namentlich Chloralhydrat und ähnliche Präparate sind nicht zu entbehren. Ebenso sind kühle Vollbäder namentlich Abends von günstiger Wirkung. (1901, No. 26.)

Ueber die Bekampfung der Tuberculose.*

Von Prof. Robert Koch.

Die Aufgabe, mit der sich dieser Congress befassen wird, ist eine der schwierigsten; die Mühe aber, die auf deren Lösung verwendet wird, ist sicher ihres Lohnes. Ich brauche nicht die zahllosen Opfer, welche die Tuberculose alljährlich in allen Ländern fordert, noch das unermessliche Elend, welches sie in die von ihr betroffenen Familien bringt, hervorzuheben. Sie Alle wissen, dass es keine Krankheit giebt, die der Menschheit so tiefe Wunden schlägt wie diese. Um so grösser würde aber die allgemeine Freude und Befriedigung sein, wenn die Bemühungen, die Menschheit von diesem Feinde, der unerbittlich an ihrem Marke zehrt, zu befreien, von Erfolg gekrönt wären. Freilich giebt es Viele, welche an der Möglichkeit der erfolgreichen Bekämpfung

*) Vortrag, gehalten auf dem Tuberkulose-Congresse in London am 23. Juli 1901. Nach dem Berichte der Allgem. Wiener Med. Zeitung, 1901. Nrn. 32 und 33.

dieser Krankheit zweifeln, die bereits seit Jahrtausenden wüthet und über die ganze Welt verbreitet ist. Dies ist keineswegs meine Ansicht. Vielmehr handelt es sich um einen Kampf, in den wir mit der sicheren Aussicht auf Sieg ziehen können. Die Gründe, auf welche ich diese meine Ueberzeugung stütze, will ich Ihnen im Folgenden darlegen.

Noch vor wenigen Jahrzehnten war die wahre Natur der Tuberculose uns Allen unbekannt. Die Tuberculose wurde als eine Folgeerscheinung, ja, ich möchte sagen, als der Ausdruck des socialen Elends angesehen, und da diese angenommene Ursache durch einfache Mittel nicht beseitigt werden konnte, verliess sich das Volk auf die wahrscheinliche allmälige Verbesserung der socialen Lage und that nichts. All' dies hat sich jetzt geändert. Wir wissen, dass das sociale Elend thatsächlich zur Verbreitung der Tuberculose beiträgt, aber die wahre Ursache dieser Krankheit ist ein Parasit, das ist ein sichtbarer und greifbarer Feind, den wir verfolgen und vernichten können, gerade so, wie wir andere parasitische Feinde des Menschen verfolgen und vernichten können.

Kurz, die Thatsache, dass die Tuberculose eine verhütbare Krankheit ist, musste klar werden in dem Augenblicke, als der Tuberculbacillus entdeckt und die Eigenthümlichkeiten dieses Parasiten und die Art und Weise seiner Uebertragung bekannt wurden. Ich möchte hinzufügen, dass ich für meine Person mir der vollen Bedeutung dieser Entdeckung vom ersten Augenblicke an bewusst war, wie auch jeder Andere, der von dem ursächlichen Zusammenhange zwischen der Tuberculose und dem Tuberculbacillus überzeugt war. Aber die Kraft einer geringen Anzahl von Aerzten war dem Kampfe mit dieser so tief in unseren Sitten und Gewohnheiten wurzelnden Krankheit nicht gewachsen. Solch' ein Kampf erfordert das Zusammenwirken vieler, wenn möglich aller Aerzte, Schulter an Schulter mit dem Staate, mit der ganzen Gesellschaft. Aber jetzt scheint der Moment gekommen zu sein, wo ein solches Zusammenwirken möglich ist. Ich nehme dabei an, dass es kaum mehr einen Arzt giebt, welcher den parasitären Character der Tuberculose leugnet, und dass auch unter dem nichtärztlichen Publicum die Kenntniss der Natur dieser Krankheit weit verbreitet ist.

Ein anderer günstiger Umstand hierbei ist der kürzlich bei der Bekämpfung verschiedener parasitärer Krankheiten erzielte Erfolg, der uns gelehrt hat, wie der Kampf gegen Seuchen zu führen ist. Aus diesen Erfahrungen haben wir die so überaus wichtige Lehre gezogen, dass es der grösste Fehler sei, die verschiedenen Seuchen gleichförmig zu behandeln, wie dies in früheren Zeiten geschah. Ob es sich nun um die Cholera, die Pest oder um Lepra handelte, die Mittel waren immer dieselben: Isolirung, Quarantaine und nutzlose Desinfectionen. Aber jetzt wissen wir, dass jede Krankheit nach ihren besonderen Eigenthümlichkeiten

zu behandeln sei und dass die gegen sie zu ergreifenden Massnahmen sich peinlichst nach ihrer besonderen Natur, nach ihrer Aetiologie richten müssen. Wir können mit Recht nur dann auf eine erfolgreiche Bekämpfung der Tuberculose hoffen, wenn wir diese Erfahrung stets im Auge behalten. Da gerade dieser Punkt von ausserordentlicher Bedeutung ist, so werde ich ihn durch einige Beispiele illustriren.

Die Behandlung jener Seuche, welche momentan im Vordergrunde des Interesses steht, d. i. der Beulenpest, wird für uns in mehrfacher Beziehung belehrend sein. Massgebend für das Vorgehen gegen diese Seuche war die Ueberzeugung, dass der Pestkranke im höchsten Grade der Ansteckungsherd sei und dass die Seuche nur durch den Pestkranken und seine Angehörigen verbreitet werde. Trotz der mit der grössten Sorgfalt vorgenommenen Untersuchung der Schiffe, trotz der Quarantaine, der Isolirung der Kranken, der Desinficirung der verdächtigen Wohnungen und Schiffe hat die Pest überallhin Verbreitung gefunden und an vielen Orten grosse Dimensionen angenommen.

Wieso dies gekommen ist, wissen wir sehr gut Dank der jüngst über die Art und Weise der Verbreitung der Pest gewonnenen Erfahrung. Es wurde nämlich die Entdeckung gemacht, dass nur jene Pestkranke, welche an Pestpneumonie leiden, ein glücklicherweise nur seltener Fall, Ansteckungsherde, und dass die eigentlichen Verbreiter der Pest die Ratten sind. Es besteht nunmehr kein Zweifel darüber, dass fast in der Mehrzahl der Fälle, in welchen die Pest durch den Seeverkehr übertragen wurde, diese Uebertragung durch die unter den Schiffsratten grassirende Pest erfolgte. Man fand auch, dass dort, wo die Ratten absichtlich oder unabsichtlich ausgerottet waren, die Pest rapid schwand, während an anderen Orten, wo der Rattenpest zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden war, die Seuche fortdauerte.

Dieser Zusammenhang zwischen der unter den Menschen und der unter den Ratten grassirenden Pest war früher gänzlich unbekannt, so dass Jene, welche die gegenwärtig gegen die Pest zur Anwendung gelangenden Massnahmen ersonnen haben, kein Tadel trifft, wenn diese Massnahmen sich als wirkungslos erwiesen. Es ist jedoch hohe Zeit, dass diese nun gewonnene Kenntniss der Aetiologie der Pest sowohl im internationalen als auch sonstigen Verkehre nutzbar gemacht werde. Da die *Menschenpest von der Rattenpest in solchem Maasse abhängt, ist es klar,* dass die *Schutzimpfung* und die *Serumbehandlung* nur so *geringe Wirkung* hatten. Eine gewisse Anzahl Menschen mag wohl dadurch vor der Krankheit geschützt worden sein, die allgemeine Verbreitung der Seuche wurde dadurch nicht im Geringsten behindert.

Bezüglich der Cholera liegt der Fall wesentlich anders; es mag ja unter gewissen Umständen eine directe Uebertragung von Menschen auf Menschen erfolgen; aber der gewöhnlichste und

gefährlichste Verbreiter der Cholera ist das Wasser, und deshalb kommt bei der Bekämpfung der Cholera in erster Reihe das Wasser in Betracht. In Deutschland, wo nach diesem Principe vorgegangen wurde, haben wir bei der Bekämpfung der Seuche, welche immer wieder aus inficirten Nachbarländern eingeschleppt worden war, grosse Erfolge erzielt, ohne Behinderung des Verkehres.

Auch die Behandlung der Hundswuth ist für uns instructiv. Gegen diese Seuche kann die sogenannte Schutzimpfung als ein ausserordentlich wirksames Mittel zur Verhütung des Ausbruches der Krankheit bei einer bereits inficirten Person angesehen werden. Solch' eine Massnahme jedoch kann nicht zur Verhütung der Infection selbst beitragen. Der einzig wirklich sichere Weg zur Bekämpfung dieser Seuche ist der Maulkorbzwang. In dieser Beziehung haben wir in Deutschland ausserordentlich befriedigende Erfahrungen gemacht. Wir konnten aber auch erkennen, dass blos internationale Massnahmen von Werth sind, weil die Seuche immer wieder von inficirten Nachbarländern eingeschleppt wird.

Gestatten Sie mir, noch eine andere Krankheit zu erwähnen, weil sie in ätiologischer Beziehung der Tuberculose sehr nahe verwandt ist, und weil wir aus ihrer erfolgreichen Bekämpfung nicht wenig für die Förderung unserer Ziele lernen können. Ich meine die Lepra. Sie wird durch einen Parasiten hervorgerufen, welcher dem Tubercelbacillus sehr ähnlich ist. Gerade so wie die Tuberculose, kommt sie erst lange nach der Ansteckung zum Ausbruche, und ihr Verlauf ist noch langwieriger. Sie wird nur von Person auf Person übertragen, aber nur, wenn diese in enge Berührung kommen, wie in kleinen Wohnungen. Bei dieser Krankheit spielt naturgemäss die unmittelbare Uebertragung die Hauptrolle. Eine Uebertragung durch Thiere, Wasser oder dergleichen kommt nicht in Betracht. Die Massnahmen zur Bekämpfung dieser Seuche müssen sich in der Richtung gegen die Berührung zwischen Kranken und Gesunden bewegen. Der einzige Weg, diese Berührung zu verhindern, ist die Isolirung der Kranken. Diese Massregel wurde im Mittelalter sehr strenge in den zahlreichen Spitälern für Aussätzige gehandhabt, und die Folge davon war, dass die Lepra, welche eine alarmirende Verbreitung angenommen hatte, aus Central-Europa gänzlich verschwand. Die gleiche Methode wurde erst kürzlich in Norwegen angewendet, wo die Absonderung von Leprakranken durch ein Specialgesetz angeordnet worden ist.

Diese Beispiele mögen genügen, um zu zeigen, dass bei der Bekämpfung der Seuchen an die Wurzel des Uebels gegangen werden müsse und unsere Kraft nicht auf untergeordnete und unwirksame Massnahmen verschwendet werden dürfe. Es handelt sich nun um die Frage, was bisher geschehen ist und was gegen die Tuberculose anzuwenden wäre, um sie radical auszurotten.

Um diese Frage zu beantworten, ist es vor Allem nothwendig, darzuthun, wie die Ansteckung bei der Tuberculose vor sich geht. Ich setze natürlich voraus, dass wir unter Tuberculose jene Krankheitserscheinungen verstehen, welche durch den Tuberkelbacillus hervorgerufen werden. Fast in der Mehrheit der Fälle hat die Krankheit ihren Sitz in den Lungen, wie sie auch dort ihren Anfang nimmt. Aus dieser Thatsache kann geschlossen werden, dass die Keime der Krankheit, das sind die Tuberkelbacillen, durch Einathmen in die Lunge gelangen müssen. Was die Frage betrifft, woher die eingeathmeten Tuberkelbacillen kommen, so besteht darüber kein Zweifel; im Gegentheile, wir wissen mit Sicherheit, dass sie in die Luft durch das Sputum schwindsüchtiger Patienten kommen. Dieses Sputum, besonders in den vorgeschrittenen Stadien der Krankheit, enthält immer Tuberkelbacillen, manchmal in unglaublicher Anzahl. Beim Husten und sogar beim Sprechen kommen sie in die Luft in kleinen Tröpfchen, d. i. in feuchtem Zustande und können Personen inficiren, welche in die Nähe des Hustenden gerathen. Es kann aber auch sein, dass sie in vertrocknetem Zustande als Staub in die Luft gelangen, wenn sie z. B. auf den Boden gerathen. Das Sputum Schwindsüchtiger kann also als die Hauptquelle der Ansteckung der Tuberculose angesehen werden. In diesem Punkte, glaube ich, stimmen Alle überein.

Es ist nun die Frage, ob es nicht noch zahlreiche andere Quellen giebt, welche bei der Bekämpfung der Tuberculose in Betracht kommen. Grosse Bedeutung wird der erblichen Uebertragung der Tuberculose beigemessen. Es wurde durch gründliche Forschungen dargethan, dass, obwohl die hereditäre Tuberculose nicht absolut ausgeschlossen ist, sie doch ausserordentlich selten vorkommt und wir können daher bei der Besprechung der practischen Mittel der Bekämpfung diese Form der Krankheitsübertragung gänzlich ausser Acht lassen.

Es wäre aber auch noch eine andere Möglichkeit der tuberculösen Ansteckung zu erwägen, wie sie gewöhnlich angenommen wurde, nämlich in der Uebertragung der Krankheitskeime von tuberculösen Thieren auf den Menschen.

Nun, meine Forschungen haben in mir eine Anschauung hervorgerufen, welche von der allgemeinen Annahme abweicht, und ich bitte um Ihre Erlaubniss, sie angesichts ihrer grossen Wichtigkeit ein wenig ausführlicher behandeln zu dürfen. Originäre Tuberculose wurde bisher fast bei allen Hausthieren und ganz besonders beim Geflügel und bei den Rindern beobachtet. Die Tuberculose des Geflügels unterscheidet sich jedoch so sehr von menschlicher Tuberculose, dass wir sie als mögliche Quelle der Ansteckung des Menschen ganz ausser Betracht lassen können. Kurz gesagt, als einzige Art der thierischen Tuberculose bleibt uns nur die Tuberculose der Rinder zu betrachten übrig, welche, wenn sie wirklich auf den Menschen übertragbar ist, thatsächlich

häufig, wie durch den Genuss von Milch oder Fleisch, Gelegenheit zur Ansteckung des Menschen zu bieten vermag.

In meiner ersten ausführlichen Veröffentlichung über die Aetiologie der Tuberculose habe ich mich selbst mit Reserve über die Identität der menschlichen Tuberculose und der Rindertuberculose ausgesprochen. Beglaubigte Thatsachen, welche mich in den Stand gesetzt hätten, diese zwei Formen der Krankheit scharf zu unterscheiden, standen mir damals noch nicht zur Verfügung. Aber sichere Beweise ihrer absoluten Identität waren gleichfalls nicht zu entdecken, und so habe ich diese Frage unentschieden gelassen. Um das zu entscheiden, habe ich meine diesbezüglichen Forschungen wieder aufgenommen, aber so lange ich nur mit kleinen Thieren Versuche anstellte, wie Kaninchen und Meerschweinchen, bin ich nie zu einem befriedigenden Resultate gelangt, obwohl die Anzeichen, welche die Unterschiede in den beiden Formen wahrscheinlich machten, nicht fehlten. Nach Anstellung der Versuche an Rindern bin ich erst zu einem gänzlich abschliessenden Resultate gelangt.

Ueber die Experimente, welche ich während der letzten zwei Jahre mit Prof. Schütz von der Thierarzneischule in Berlin gemacht habe, will ich Ihnen in Kürze das Wesentlichste mittheilen: Eine Anzahl von jungen Rindern, welche als frei von Tuberculose gelten konnten, war auf verschiedenen Wegen durch Reinculturen von Tuberkelbacillen, die von tuberculösen Menschen gewonnen worden waren, inficirt worden. Einige bekamen das tuberculöse Sputum Schwindsüchtiger in die oberen Luftwege direct einverleibt, in anderen Fällen wurden die Tuberkelbacillen oder das Sputum unter die Haut oder in die Bauchhöhle oder in die Halsvenen injicirt. Bei 6 Thieren wurde tuberculöses Sputum fast täglich 6 bis 8 Monate hindurch der Nahrung beigesetzt. 4 Thiere athmeten wiederholt grosse Quantitäten Bacillen ein, welche im Wasser verrührt worden waren, das dann in der Luft zerstäubt wurde. Keines dieser Thiere — es waren ihrer 19 — zeigte Symptome der Krankheit und sie gewannen sogar beträchtlich an Gewicht. 6 bis 8 Monate nach Beginn der Experimente wurden sie getödtet. In ihren Eingeweiden wurde keine Spur von Tuberculose gefunden. Nur dort, wo die Injectionen erfolgt waren, zeigten sich kleine Eiterherde, in welchen Tuberkelbacillen gefunden wurden. So wurden bei den Versuchsthieren durch lebende Bacillen der menschlichen Tuberculose genau dieselben Erscheinungen hervorgerufen, wie durch todte Bacillen. Sie waren also absolut unempfänglich für dieselben.

Es folgt daraus die ungemein wichtige Thatsache, dass die Tuberculose der Menschen nicht identisch ist mit der Rindertuberculose und dass die bisherige Annahme *von der Uebertragbarkeit der Tuberculose unserer Hausthiere auf den Menschen hinfällig ist.*

Wie weit die Tuberculbacillen selbst je nach ihrer Herkunft

von Menschen oder Thieren von einander verschieden sind und in ihrem biologischen Verhalten characteristische Unterscheidungsmerkmale aufweisen, darüber sind die Untersuchungen noch nicht abgeschlossen. Ich begann diese Untersuchungen unmittelbar nach meiner Rückkehr von der grossen Malaria-Forschungsreise nach Neu-Guinea im Herbste vergangenen Jahres. Durch eine lange Reihe von experimentellen Untersuchungen, die ich mit Unterstützung des Landwirthschaftsministers an dem Thierbestande der Berliner thierärztlichen Hochschule ausführte, bin ich dann zu dem überraschenden Ergebnisse gelangt, dass Thiertuberculose und Menschentuberculose ganz verschiedene Arten von Krankheiten sind. Die Resultate meiner Forschungen sammt den dabei gewonnenen Präparaten habe ich einer vom Reichs-Gesundheitsamte einberufenen Commission von hervorragenden Sachverständigen, der u. A. auch Prof. Rudolf Virchow angehörte, vorgetragen und zur Nachprüfung unterbreitet. Für das practische Leben wird diese neue Entdeckung nach vielen Richtungen von ausserordentlicher Bedeutung werden. Vor Allem wird die Welt von einem grossen Theile der Bacillenfurcht befreit werden, die durch das Auffinden von Tuberculbacillen in der Kuhmilch, in der Butter etc. immer neue Nahrung erhalten hatte. Von ganz besonderer Tragweite wird aber die von mir gemachte Entdeckung für die Landwirthschaft werden, zumal bei der Aufzucht von Kälbern, Jungschweinen etc. mit Kuhmilch.

Die Frage: Wie steht es mit der Empfänglichkeit des Menschen für die Rindertuberculose? ist von noch grösserer Bedeutung für uns. Es ist wohl bekannt, dass die in Grossstädten consumirte Milch und Butter sehr oft grosse Quantitäten von lebenden Bacillen der Rindertuberculose enthält, wie zahlreiche Experimente mit diesen Milchproducten an Thieren erhärtet haben. Viele Einwohner solcher Städte consumiren täglich lebende und ausserordentlich virulente Bacillen der Rindertuberculose und führen so gegen ihren Willen das Experiment aus, welches wir an ihnen nicht selbst machen können. Wenn die Bacillen der Rindertuberculose im Stande wären, Menschen zu inficiren, so müssten viele Fälle der Tuberculose, besonders bei Kindern der Grossstadt, durch den Genuss von Milchproducten, welche Tuberkelbacillen enthielten, verursacht worden sein, und Aerzte glauben auch, dass dies der Fall ist. In Wirklichkeit ist dies nicht so. Dass menschliche Tuberculose auf den Genuss von animalischen Producten zurückzuführen ist, kann nur in jenen Fällen mit Sicherheit angenommen werden, in denen die Eingeweide zuerst von dem tuberculösen Processe ergriffen werden. Solche Fälle sind jedoch äusserst selten. Unter den vielen Fällen, die nach dem Tode von mir untersucht worden sind, erinnere ich mich, nur zwei Fälle primärer Darmtuberculose gesehen zu haben. In der Charité zu Berlin wurden in einem Zeitraume von 5 Jahren nur 10 Fälle sicher erwiesener primärer Darmtuberculose ge-

funden. Im Kaiser und Kaiserin Friedrich-Spitale für Kinder hat Professor Baginsky unter 933 Fällen von Tuberculose keinen einzigen Fall von Darmtuberculose beobachtet. Unter 3104 Leichen tuberculöser Kinder befanden sich nach Professor Biedert's Untersuchungen nur 16 Fälle primärer Darmtuberculose. Auch in diesen Fällen ist es keineswegs erwiesen, dass die Infection vom Thiere stammt. Was aus den bisherigen Forschungen hervorgeht, spricht nicht für die Annahme, dass die Rindertuberculose auf den Menschen übertragbar ist. Eines steht jedoch fest, dass, wenn diese Empfänglichkeit wirklich besteht, die Infection menschlicher Wesen durch Thiere ein äusserst seltenes Ereigniss ist. Meine Meinung geht daher dahin, dass gegen die thierische Infection keinerlei Massregeln zu ergreifen wären.

Die Hauptquelle für die Erkrankung an Tuberculose ist also das Sputum Schwindsüchtiger, und die Massnahmen zur Bekämpfung der Tuberculose müssen auf die Verhütung der Gefahren gerichtet sein, die sich aus der Verbreitung des Sputums ergeben. Der erste Gedanke wäre wohl der, alle Personen, welche an Lungentuberculose leiden, deren Sputum also Tubercelbacillen enthält, entsprechenden Anstalten zu überweisen. Diese Massregel ist jedoch nicht nur absolut undurchführbar, sondern auch unnöthig. Denn ein Schwindsüchtiger, welcher Tubercelbacillen aushustet, ist nicht nothwendigerweise eine Quelle der Ansteckung, so lange er darauf achtet, dass sein Sputum säuberlich entfernt und unschädlich gemacht wird.

Das dichte Zusammenleben der armen Bevölkerung in kleinen und ungesunden Wohnungen ist die eigentliche Ursache der Weiterverbreitung der Tuberculose und eine besondere Gefahr das Zusammnschlafen ganzer Familien in einem kleinen Raume. So vorsichtig der Kranke auch sein mag, er verbreitet den von seinen kranken Lungen abgesonderten tödtlichen Stoff durch seinen Husten und seine Familie neben ihm athmet dieses Gift ein. So wird die ganze Familie angesteckt. Sie sterben aus; und jene, welche nicht wissen, wie ansteckend die Tuberculose ist, suchen die grosse Sterblichkeit in dieser Familie durch hereditäre Belastung zu erklären.

Unter solchen Umständen bleibt die Ansteckung nicht auf eine einzige Familie beschränkt, sondern sie verbreitet sich in den dicht bewohnten Zinshäusern auch auf die Nachbarn, und da haben die bewundernswerthen Forschungen Bigg's gezeigt, dass in den dichtbevölkerten Stadttheilen New Yorks wahre Krankheitsherde bestehen. Wenn man aber den Dingen näher nachgeht, so findet man, dass es nicht die Armuth an sich ist, welche die Tuberculose begünstigt, sondern die schlechten Wohnungsverhältnisse, unter welchen die Armen überall, insbesondere aber in grossen Städten, zu leiden haben. Die überfüllten Wohnungen der Armen sind es, welche wir als die eigentlichen Brutstätten

der Tuberculose anzusehen haben. Wir müssen daher insbesondere unsere Aufmerksamkeit den Wohnungsverhältnissen zuwenden, wenn wir das Uebel mit der Wurzel ausrotten wollen.

Weitere Momente betreffen die Nothwendigkeit der Errichtung specieller Spitäler oder wenigstens Spitalpavillons für Schwindsüchtige, die gesetzliche Regelung der obligatorischen Anzeigepflicht in schweren Fällen von Tuberculose, die Art und Weise, wie die Bevölkerung über die hygienischen Massregeln gegen die Tuberculose zu belehren sei, schliesslich die modernen Bestrebungen zur Bekämpfung der Tuberculose durch Errichtung von Heilstätten für tuberculöse Kranke.

Dass die Tuberculose in ihren ersten Stadien heilbar ist, muss als unbestreitbare Thatsache angesehen werden. Es handelt sich um die Frage, ob die Zahl der in Heilstätten curirten Schwindsüchtigen gross genug ist, um einen schätzbaren Einfluss auf den Rückgang der Tuberculose auszuüben. Gemäss dem Geschäftsberichte des deutschen Centralcomités für die Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke werden mit Ende des Jahres 1901 diese Anstalten 5500 Betten enthalten, und wenn wir annehmen, dass die durchschnittliche Pflegezeit für jeden Kranken 3 Monate beträgt, werden jährlich 20,000 Lungenkranke behandelt werden können. Aus diesem Berichte erfahren wir weiter, dass etwa zwanzig Procent der aufgenommenen Patienten die Tubercelbacillen im Sputum verlieren. Es werden also jährlich 4000 Schwindsüchtige diese Anstalten geheilt verlassen. Aus den statistischen Daten des deutschen Reichs-Gesundheitsamtes ergiebt sich aber, dass es in Deutschland 226,000 mehr als 15 Jahre alte Lungenkranke giebt, die der Spitalpflege bedürfen. Es ist also von den Heilstätten ein wirksamer Einfluss auf den Rückgang der Tuberculose im Allgemeinen nicht zu erwarten. Ich will mit dieser Berechnung der Bewegung für die Errichtung von Heilstätten in keiner Weise entgegentreten, sondern nur vor einer Ueberschätzung ihrer Bedeutung warnen, welche auf der Meinung beruht, dass die Tuberculose mit den Heilstätten allein bekämpft werden könne und dass die anderen Massnahmen von untergeordneter Bedeutung seien. In Wirklichkeit ist das Gegentheil der Fall.

Was durch die allgemeine Prophylaxis, hervorgehend aus der Erkenntniss der Gefahr der Ansteckung und aus der grösseren Vorsicht im Verkehre mit Schwindsüchtigen, erzielt werden kann, ergiebt sich aus einer Berechnung über die Abnahme der Sterblichkeit an Tuberculose vom Jahre 1889 bis 1897 in Preussen. Vor 1889 betrug der Durchschnitt 31.4 pro 10,000 und ist in der erwähnten Periode auf 21.8 gesunken. Das bedeutet, dass sich in diesem kurzen Zeitraume die Zahl der an Tuberculose Gestorbenen um 184,000 vermindert hat. Auch in New York ist unter dem Einfluss der allgemeinen sanitären Vorkehrungen, welche in einfacher, exemplarischer Weise von B i g g angeordnet wur-

den, seit 1886 die Sterblichkeitsziffer bedeutend kleiner geworden. Ich nehme diese Gelegenheit wahr, die B i g g'sche Organisation dem Studium und der Nachahmung aller Gemeinde-Sanitätsbehörden zu empfehlen.

Ich glaube freilich, dass es möglich sein wird, die Wirksamkeit der Heilstätten zu erhöhen, so dass es vielleicht dazu kommen wird, 50 Procent der Pfleglinge und noch mehr zu heilen; die Heilstätten werden aber niemals die anderen hier besprochenen Massnahmen überflüssig machen.

Wenn wir nun schliesslich zurückblicken, was bisher zur Bekämpfung der Tuberculose geschehen ist und uns vor Augen halten, was noch zu thun ist, so können wir mit einer gewissen Befriedigung erklären, dass bereits vielversprechende Anfänge gemacht wurden. Es ist nur nothwendig, diese Anfänge weiter zu entwickeln, wenn möglich, ihren Einfluss auf die Verminderung der Tuberculose zu erhöhen, und wo noch nichts geschehen ist, ähnliche Einrichtungen zu treffen. Wenn wir uns bei diesem Unternehmen stets von dem Geiste der präventiven medicinischen Wissenschaft leiten lassen, wenn wir die im Kampfe gegen andere Seuchen gewonnenen Erfahrungen uns nutzbar machen und dahin streben werden, in voller Kenntniss des Zieles und in entschlossener Vermeidung aller Abwege das Uebel an der Wurzel zu treffen, dann muss der Kampf gegen die Tuberculose, welcher nun mit aller Macht eingesetzt ist, vom Siege gekrönt sein.

SITZUNGSBERICHTE.

Verein Deutscher Aerzte in San Francisco, Cal.

S i t z u n g v o m 2. J a n u a r 1901.

Vorsitzender: H. W a g n e r:

Schriftführer: A. G. R o s e n t h a l.

Herr E. S t e l t z n e r: Fall von i n n e r e r E i n k l e m m u n g durch ein Loch im Mesenterium. Statistische Mittheilung im Anschluss an einen Fall, der zur Operation kam.

Herr M. K r o t o s z y n e r stellt vor: 1) einen 56jährigen Mann, an dem er vor ca. 9 Monaten die Cauterisation der Prostata nach B o t t i n i vorgenommen. Vor der Operation complete Retentio urinae; Harn musste während des Tages alle 2—3 Stunden, während der Nacht fast stündlich durch Katheter abgezogen werden. Derselbe war stark getrübt und zeigte microscopisch reichliche Eiterzellen und Bacterien. Die Prostata ist per rectum als kleinapfelgrosser Tumor palpabel.

Cystoscopisch ausgesprochene Balkenblase. Drei Incisionen, eine hintere 3 cm, 2 seitliche von je 2.5 cm Länge. Mässige Blutung. Dauerkatheter nach 2 Tagen entfernt. Am 2. Tage Temperatursteigerung bis zu 102.5, sonst reactionsloser Verlauf. Schon vom Tage nach Entfernung des Verweilkatheters urinirt Patient spontan in kräftigem Strahl. Residualharn misst 90, spöter 60, und ca. 1 Monat nach der Incision 15—30 ccm. Patient urinirt über Tags alle 5—6 Stunden, des Nachts muss er noch immer ein- oder zweimal behufs Urinirens aufstehen. Allgemeinbefinden hat sich erheblich gebessert; Pat. ist wieder arbeits- und genussfähig. Nur der Urin ist noch trübe und weist microscopisch noch Eiterschollen und Bacterien (Bacter. coli) auf.

Der Vortragende hat bis jetzt an ca. 10 Männern die Bottini'sche Operation ausgeführt, doch ist die Zeit seit der Vornahme der Cauterisation noch zu kurz, um verwerthbare Schlussfolgerungen zu gestatten. Es soll demnächst im Zusammenhange berichtet werden.

2) stellt Dr. K. einen 52jährigen Mann vor, der vor ca. 3 Monaten von einem angeblich syphilitischen Individuum anlässlich einer Schlägerei in die erste Phalanx des rechten Index gebissen worden war. Pat. leugnet, je Syphilis gehabt zu haben. Die Bisswunde schien ihm erst wenig von Belang zu sein, wollte aber unter den angewandten Pflastern etc. nicht heilen. Schliesslich schwoll die Phalanx an, die Wunde eiterte und schmerzte. Nach ca. 1 Monate consultirte er einen, später einen anderen Arzt, doch locale Aetzungen, Salben etc. schienen eher die Wunde zu vertiefen, als Heilung herbeizuführen. Als K. den Pat. vor ca. 3 Wochen sah, constatirte er eine Wunde am Dorsum der 1. Phalanx des rechten Index, ca. 3 cm lang und 2 cm breit, auch zerklüfteten, harten Rändern; der Grund der Wunde ist mit grünlichen, schlecht granulirenden, klein papillomatösen Wucherungen bedeckt. Palpation der Wunde ist nicht schmerzhaft. Keine Lymphangitis am rechten Arme sichtbar. Eine Cubitaldrüse als harte Erbse fühlbar. Keine Axillardrüse palpabel. Am Truncus einzelne kleine Papeln sichtbar, besonders am Rücken. Sonst Befund negativ. Pat. ist seit ca. 20 Jahren verheirathet. Eine Tochter lebt und ist gesund. Keine Aborte. Trotz des ungenügenden objectiven Befundes entschliesst sich K. zur Einleitung einer Schmierkur, unter der schon bis heute (ca. 16 Inunctionen) eine bedeutende locale Besserung eingetreten. Die Cubitaldrüse ist nicht mehr palpabel. Der Vortragende ist mit Rücksicht auf den schnellen Rückgang der localen Erscheinungen am rechten Index überzeugt, dass es sich um eine extragenitale Infection handle.

Nachtrag: Inzwischen ist die Wunde am Index nach 40 Inunctionen vollständig geheilt.

Discussion: Herr J. Rosenstirn bemerkt zu dem Fall mit Primäraffect, dass jetzt keine Symptome von Lues vorhanden seien; ferner, dass auch nicht syphilitische Wunden derart öfters sehr langsam heilen, und dass in den meisten Fällen selbst nach einer 16tägigen Schmiercur die Sclerose nicht verschwindet.

Der Antrage Krotoszyner's, die Verhandlungen des Ver-

eins in der New Yorker Medicinischen Monatsschrift zu veröffentlichen, wird einstimmig angenommen.

Beamtenwahl: Vorsitzender, E. Jelineck; stellvertr. Vorsitzender, E. Steltzner; Schriftführer, A. G. Rosenthal und Schatzmeister, A. Aronstein. Bibliothekar: R. Cohn.

Sitzung vom 5. Februar.

Vorsitzender: Jelineck.

Schriftführer: Rosenthal.

Herr F. Kuckein stellt einen Fall von Pemphigus bei einem 8jährigen Knaben vor, der sich trotz langer Behandlung nicht gebessert hat.

Discussion: Herr D. W. Montgomery sagt, dass der Fall einer Urticaria mit Blasenbildung sehr ähnelt. Weitere Discussion: Die Herren M. Krotoszyner, D. Cohn, R. Cohn, Steltzner, Aronstein.

Herr J. Rosenstirn: Vortrag über Nierentrauma.

Dr. R. sprach über Nierenverletzungen mit Vorstellung eines Falles. Er berührte kurz die Eintheilung der Nierentraumen in 1) Subparietale äusserliche Verletzung, und 2) penetrirende, mit äusserer Verletzung, welche Hauptabtheilungen wieder in einige Unterabtheilungen unterschieden werden. Bei der Symptomatologie wurde neben dem häufig auftretenden Collaps Schmerz in der Lendengegend, Hämaturie (nicht immer vorhanden), auch Urinsuppression, erwähnt Die Differentialdiagnose betont die Wichtigkeit der Unterscheidung der Hämaturie durch Dislocation präexistirender Nierensteine (Hämaturie nicht so andauernd profus etc.), die Untersuchung mittelst des cystoscopisch oder nach Kelly eingeführten Ureterkatheters oder minder gefährlich und doch sehr verlässlich die Segregation nach Harris oder Downing, endlich die Roentgendurchleuchtung.

Therapeutisch ist, nachdem die üblichen expectativen Massnahmen, wie Ergotin, Eis, Leiter'sche Röhren bei absoluter Ruhe und flüssiger Diät, unterstützt durch localen Heftpflasterverband und Aseptisirung des Urins durch Salol, Urotropin etc. nichts genützt haben, nur der chirurgische Eingriff anzuempfehlen. Hierbei soll möglichst conservativ verfahren werden und erhaltungsfähige Nierensubstanz geschont werden. Ein eigener Fall wird vorgestellt:

S. O., 17 Jahre alt, fiel am Danksagungstage (28. November 1900), während er mit einer grossen Menge Anderer von dem Dache eines Hauses dem „Footballspiel" zusah, durch das einbrechende Dach ca. 20 Fuss tief auf den glühenden Ofen einer Glaschmelze. Linke Gesichtsseite und Hand- (Dorsum) Verbrennung 3. Grades. Dämpfung linker Lendengegend von Wirbelsäule bis zur vorderen Axillarlinie nach oben bis 2 cm über Rippenbogen reichend nach unten bis zum Darmbeinkamm. Palpation und Percussion in dieser Gegend sehr schmerzhaft.

Rechts normale Verhältnisse, kein Schmerz. Urin blutig gefärbt. Microscopisch voll von Erythrocyten. 2. December: Meatus durch Schnitt erweitert. Einführung und Untersuchung mittelst Harris' Segregator zeigt Blut im Urin der linken Niere. Unter Ruhe, Eis und flüssiger Diät, Urotropin 0,5 2 mal tgl. wechseln die Erscheinungen etwas, indem der Urin manche Tage eine nur sehr geringe Blutbeimischung zeigt, an anderen wieder mehr. Doch sind die localen Symptome, Dämpfungszone, Schwellung etc. langsam im Zunehmen begriffen. Temperatur bewegt sich zwischen 100—102.5, und die Indication zu einem chirurgischen Eingriff wird dringlicher. Am 14. December ist der notirte Befund: Dämpfung über linker Lunge hinten in der Höhe des 10. Rippenansatzes, 3 cm von der Wirbelsäule bis zur vorderen Axillarlinie nach unten bis zum Darmbeinkamm. Athmen im unteren, hinteren Drittel der linken Lunge sehr undeutlich und schwach. Aufblasung des Colons mit Luft zeigt das Colon descendens weit nach rechts verlagert und vor der gedämpften und angeschwollenen Partie gelagert. 15. December Operation. Punction im 7. Intercostalraume in der Axillarlinie auf Veranlassung des consultirenden internen Klinikers wegen Verdacht auf Pleuritis. Keine Flüssigkeit im Pleuraraum. Punctionsöffnung mit Jodoformcollod. verschlossen. Punction in linker Lumbalregion nahe der hinteren Axillarlinie. Einschnitt vom unteren Rande der 12. Rippe am äusseren Rande des Quadratus lumborum vom Darmbeinkamm. Beim Einschnitt durch die Fascie schiesst ein Strahl von aus Blut, Urin und Eiter bestehender Flüssigkeit ca. 15 cm hoch aus der Wunde. Stumpfe Erweiterung. Kapsel zerrissen. Grosse Höhle, im Grunde eingerissene Niere mit unebenen, necrotischen Rändern. Resection der narcotischen Partie, Ausspülung mit heisser Salzlösung. Tamponade mit Jodoformgaze. Die Dämpfung ist sofort nach der Operation verschwunden und normales Athemgeräusch wieder vorhanden. Reactionsloser Heilungsverlauf. Der Hand- und Gesichtsdefect werden durch Thiersch'sche Transplantation gedeckt und heilen bis auf ein Ectropion des unteren Lids, das für eine spätere plastische Operation in Aussicht genommen ist.

Sitzung vom 5. März 1901.

Vorsitzender: Jellineck.

Schriftführer: Rosenthal.

Herr O. A. Eckard wird als Mitglied aufgenommen.

Herr H. Wagner zeigt eine Photographie eines Falles von Lingua geographica. Besserung des Falles durch Behandlung des bestehenden Magendarmcatarrhs.

Herr H. Wagner stellt einen Fall vor von Backentumor, bei dem es zweifelhaft schien, ob es ein Abscess oder eine Cyste im Bereich des Ductus Stenonianus ist.

Discussion. Herr Winterberg hält die Diagnose schwan-

kend zwischen Abscess und Cyste, hält jedoch die Sondirung des Ductus für indicirt.

Herr M. Krotoszyner stellt den am 2. Januar bereits vorgestellten Kranken mit extragenitalem Primäraffect wieder vor, der jetzt ein maculöses Syphilid am Kopf und Halse aufweist.

Discussion. Herr Aronstein hält die Eruption nicht massgebend für die Diagnose der extragenitalen Infection.

Herr M. Krotoszyner's Vortrag über die Behandlung der Prostatahypertrophie (medicamentöse und operative).

Discussion. Herr Winterberg erinnert an die Organotherapie nach Friedländer; operativ empfiehlt er den hohen Blasenschnitt als beste Methode, die Prostata zugänglich zu machen, wegen der Uebersichtlichkeit. Perinealschnitt ist bei fetten Personen oft unmöglich. Bottini's Instrument sei hauptsächlich verwerthbar bei Hypertrophie des mittleren Lappens. — Herr Rosenstirn: Bei Bottini kann nur ein Weg zur Entfernung des Urins geschaffen werden; Balkenblase und Catarrh werden durch Bottini nicht beseitigt. Castration ist nicht berechtigt, dafür Vasectomie. Spricht über die von Young im John Hopkins Institut vorgeschlagene Operation: Bauchschnitt, Blase in toto herausgezogen und von der hinteren Seite Operation an der Prostata; giebt gute Erfolge bei Tuberculose der Samenstränge und Bläschen. — Herr Krotoszyner (Schlusswort): Der hohe Blasenschnitt beseitigt Infection an der Basis nicht. Viele ziehen die Sectio perinealis vor. Young's Operation eignet sich nicht bei Altershypertrophie, weil zu angreifend.

A. G. Rosenthal, Schriftführer.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York.

17 West 43. Strasse.

Montag, den 4. März 1901.

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby eröffnet die Sitzung um 8¼ Uhr

Secretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protocoll der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird.

1. Vorstellung von Patienten und Demonstration von Präparaten, Instrumenten etc.

Dr. J. W. Gleitsmann: Vorstellung eines Patienten, an dem der Larynx wegen Carcinom entfernt wurde.

Ich kann mich kurz fassen, da Herr Dr. Gerster so freundlich sein will, noch ein paar Bemerkungen in Betreff der Operation und der Nachbehandlung des Patienten zu machen. Ich kann mich auch desshalb kürzer fassen, weil ich in einer der letzten Sitzungen der Gesellschaft

das Präparat vorzeigte. Ich habe das Präparat wieder mitgebracht und lasse es noch einmal herumgehen, bitte aber, damit vorsichtig zu sein, da es mir vom Pathologen des Mt. Sinai Hospital geliehen worden ist. Für die Herren, die damals nicht hier waren, bemerke ich, dass der Patient, den ich Mitte October vorigen Jahres zum ersten Mal untersuchte, die gewöhnlichen Erscheinungen einer Neubildung im Kehlkopf hatte. Ich entfernte einen Theil davon und erfuhr durch die Güte von Dr. Heitzmann, dass es sich um ein Epitheliom handelte. Ich benahm mich mit Herrn Dr. Gerster, der die Freundlichkeit hatte, den Patienten in das Mt. Sinai Hospital aufzunehmen, und dort am 30. November die Operation ausführte. Die Operation bestand in der Entfernung des ganzen Larynx. Es war ursprünglich beabsichtigt worden, wie ich damals erwähnte, blos den halben Larynx zu entfernen, weil im Innern des Larynx die Geschwulst vollständig auf die eine Hälfte beschränkt und die andere Hälfte gesund war. Beim Einschneiden durch die Haut und durch die Fascie, um auf den Schildknorpel zu gelangen, zeigte sich jedoch eine verdächtig entartete Drüse in der Gegend des Pomum Adami und Dr. Gerster fand es für gut, da der Krebs bereits extralaryngeal erschienen war, die Totalexstirpation vorzunehmen. Dies geschah. Die Ernährung des Patienten bot einiges Interesse dar, und Dr. Gerster theilte noch einen weiteren Zufall mit, der äusserst interessant ist, und den er so freundlich sein wird, Ihnen näher zu beschreiben. Sie sehen hier den Patienten, bei dem also die Entfernung in toto vorgenommen worden ist und die Trachea an die äussere Haut in der Gegend der Fossa jugularis angenäht wurde, so dass also jede Communication zwischen der Luftröhre und dem Rachen aufgehoben ist. Der Kehldeckel ist erhalten. Ich habe den Patienten laryngoscopirt. Man kann zwar den Kehldeckel sehen, aber an Stelle des Larynx findet sich weiter nichts als eine geschlossene, vernarbte Wunde. (Demonstration.)

Was das Sprechen betrifft, so war in einem Fall, der in verschiedenen Städten herumgereist ist und, wenn ich nicht irre, im Jahr 1895 auch hier demonstrirt worden ist, die Stimme soweit hergestellt, dass der Patient im Stande war, mit vernehmbarer Stimme ziemlich deutlich zu sprechen. Es wurden damals verschiedene Erklärungen versucht, wie das möglich sei, und die Herren haben sich dahin geeinigt, dass der Patient eine gewisse Quantität von Luft in dem unteren Pharynx schlucke und dann gelernt habe, mit seinen Pharynxmuskeln, Gaumensegel, Zunge und Lippe gewisse Laute auf eine mässige Entfernung verständlich zu sprechen. Das hat dieser Patient allerdings noch nicht gelernt.

Dr. Arpad Gerster: Ich freue mich, dass ich Gelegenheit habe, einige Worte an Sie zu richten, indem ich über einen späteren Zufall berichten will, der sich in dem Fall dieses Patenten ereignet hat, und der, wie mir scheint, von ziemlicher Wichtigkeit ist.

Bevor ich indess darauf eingehe, will ich noch hinzufügen, worauf Dr. Gleitsmann schon angespielt hat, dass in diesem Fall der Pharynx primär unmittelbar nach der Operation total geschlossen wurde. Es wurden zwei Reihen von Nähten durch das Bindegewebe, welches die Schleimhaut umgiebt, gelegt und eine Muskelnaht darüber und dann

die Haut, so dass der Patient nach Verlauf von 36 Stunden schon Flüssigkeit schlucken konnte und von da an immer geschluckt hat. Es wurde hier gar kein Schlundrohr angewendet, ein Umstand, der die Nachbehandlung ungeheuer erleichtert und für den Patienten viel weniger unangenehm macht. Die Operation wurde bei hängendem Kopf in der R o s e'schen Lage gemacht und die Exstirpation des Larynx von unten nach aufwärts vorgenommen.

Die Operation war eine glatte und der Heilungsverlauf, wie Sie gehört haben, ein ganz correcter. Beim Annähen der Trachea an die äussere Haut wurden mehrere Seidenschlingen verwendet, mit welchen die Trachea an die Haut befestigt wurde. Einem dieser Fäden entsprechend entstand eine circumscripte Necrose des obersten übriggelassenen Trachealrings. Diese necrotische Stelle verursachte eine Verzögerung der Heilung entsprechend dieser Naht. Nach kurzer Zeit wurde der necrotische Knorpel in kleinen Stückchen abgestossen, und die Wunde heilte ohne weiteres zu, so dass diese Fistel am ersten Januar geschlossen war. Der Patient hatte an Gewicht zugenommen, war vollständig hergestellt, wie es schien, und ich bestimmte ihn am Morgen des 6. Januars zur Entlassung. Um 11 Uhr bekam der Mann aber einen rasenden Schüttelfrost und Temperatur über 105. Der Schüttelfrost endete wie gewöhnlich mit profusem Schweiss, und am Abend desselben Tages hatte der Patient wieder normale Temperatur. Am folgenden Tag, ungefähr um die Mittagszeit, kam wieder ein Schüttelfrost, und so wiederholte sich das 5 bis 6 Tage hinter einander. Die Erscheinungen waren die einer Pyämie. Ich brauche nicht zu erwähnen, dass vielfältig nach einem Eiterherd gesucht wurde, aber auch die sorgfältigste Untersuchung ergab niemals etwas Positives. Es wurden mehrere Punctionen gemacht, aber durch keine Art der Untersuchung konnten wir irgend einen Punkt fixiren, welcher diesen Erscheinungen zu Grunde liegen konnte. Am 6. Tag, nachdem der Patient 6 mal hinter einander einen Schüttelfrost gehabt hatte, bemerkte ich, dass das Integument der linken Clavicular gegend leicht oedematös war, ohne aber auf Fingerdruck einen Eindruck zurückzulassen. Ich bemerkte zugleich, dass die Hautvenen da etwas mehr hervortraten, als auf der entsprechenden anderen Seite. Da wir aber den Patienten, wenn das mit den wiederholten schweren Schüttelfrösten weiter fortging, verlieren mussten, und ihn auch der Appetit verliess, so entschloss ich mich, ihn nicht sterben zu lassen, ohne einen Versuch gemacht zu haben, den Herd dieser eigenthümlichen Erscheinung aufzudecken. Oedem und das Vortreten der Hautvenen entsprechend der Clavicula machten uns geneigt, unter und hinter der Clavicula die Ursache dieser Störung zu suchen. Ich habe dann am 9. Januar die Clavicula resecirt und unmittelbar nach Entfernung der sternalen Hälfte des Schlüsselbeins und Spaltung des Periosts und der Fascie wurde ein Strang von Lymphgefässen blosgelegt, welcher schwefelgelb aber solide erschien. Das Lymphgefäss war etwas verdickt, etwa wie eine dicke Stricknadel, das Lumen aufgehoben, aber macroscopisch konnte von Eiter nichts vorgefunden werden. Die Lymphdrüsen in dieser Gegend, ob zwar vergrössert, waren doch nicht genügend verändert, uns anneh-

men zu lassen, dass in ihnen die Ursache der Störung zu suchen gewesen wäre. Beim Entfernen dieses Strangs von Lymphgefässen bemerkte ich plötzlich einen schwarzen Punkt, und als ich den weiter blosslegte, sah ich eine Vene von Bleistift-Dicke, die parallel der Clavicula verlaufend, und augenscheinlich thrombosirt war. Bei Palpation fühlte sie sich derb an. Die Vene wurde anderthalb Zoll lang gespalten, der Thrombus entfernt, bis es von beiden Seiten blutete, die Wunde tamponirt und offen verbunden. Während die Temperatur vor der Operation 104 war, fing dieselbe an, unmittelbar nach Schluss der Operation zu fallen. Ich deutete aber dies aus der wohlbekannten Beobachtung, dass hochfiebernde Kranke oft nach schwerer, langedauernder Operation in Folge der Narcose, der Abkühlung, des Blutverlustes und anderer Umstände, einen jähen Abfall der Temperatur wahrnehmen lassen. Zu meinem Erstaunen fand ich am nächsten Morgen, dass der Patient am Morgen eine niedrige und später eine normale Temperatur gehabt hatte und von da an überhaupt keine Fieberbewegungen mehr zeigte. Der Thrombus, der macroscopisch von eitriger Infection nichts wahrnehmen liess, wurde vom Pathologen von Eiter durchsetzt erklärt, und der weitere Verlauf, der vollständig glatt und normal war, liess auch mit ziemlicher Sicherheit annehmen, dass wir da wirklich den Herd dieser Erscheinungen blossgelegt und entleert hatten, und dass wir es mit einer Thrombose der Vena transversa colli oder wahrscheinlicher, der Vena transv. scapulae zu thun hatten; es liess sich nicht genau sagen, welche von diesen beiden Venen es war. Die Vene war der Sitz einer eitrigen Thrombose geworden, eines Processes, der in analoger Weise bei Erkrankung der Mastoidcellen in der V. jugularis häufig beobachtet wird. Die Wunde heilte dann ohne weiteres aus, und der Patient wurde am 11. Februar aus dem Hospital entlassen.

Was mir an diesem Fall interessant ist und mich veranlasst hat, hier zu erscheinen, ist diese eigenthümliche Erscheinung. Dieselbe hat mir andere ähnliche Erscheinungen in Erinnerung gebracht, die mir in der Laryngeal- und Tracheal-Praxis vorgefallen sind. Ich habe im Ganzen mit diesem Fall sechsmal die Larynx-Exstirpation ausgeführt, und in diesen sechs Fällen sind zweimal Störungen aufgetreten, welche auf eine Infection aus der Wunde zurückzuführen sind. Der erste Fall, den ich erwähnen will, war eine halbseitige Larynx-Exstirpation wegen Sarcom. Der Patient wurde hergestellt und war bis auf die Tracheotomiewunde geheilt. Acht oder neun Monate nach der Operation stellte sich bei dem Patienten eine Pleuritis ein, und er ging an einer eitrigen Pleuritis, die von einer eitrigen Mediastinitis begleitet war, zu Grunde, wie die Section erwies. Ich muss annehmen, dass die Infection von Granulationen um die Canülenöffnung ausgegangen ist, und der ist der Patient so spät erlegen.

In einem zweiten Fall totaler Larynx-Exstirpation, in welchem wegen Carcinom operirt wurde, hatte ich leider Gelegenheit, ein Bild zu beobachten, das ziemlich selten ist und in mehreren Fällen das Resultat einer sonst gelungenen Operation verschiedener Collegen in jäher Weise zerstört hat. Der Patient, ein junger, kräftiger Mann, der an

Larynxcarcinom litt, wurde operit. Er war am 6. oder 7. Tag aus dem Bett und hatte leichte abendliche Steigerungen der Körpertemperatur bis 100 Grad F., als am 14. Tag nach der Operation bei ihm ein Zustand eintrat, den Schroetter als Delirium cordis beschreibt, d. h. eine enorme Steigerung der Pulsfrequenz bis 180, so dass man die Pulsschläge gar nicht zählen konnte; dabei Angstgefühl, allmählich zunehmende Dyspnoea, trotzdem das tracheale Athmen vollständig frei war und von Pneumonie gar kein physicalisches Zeichen nachzuweisen war. Die Temperatur blieb hoch, und der Patient starb sechs oder sieben Stunden nach Eintritt dieser stürmischen Erscheinung augenscheinlich in der Attacke. Eine genügende Erklärung dieses Zustandes besitzen wir noch nicht. Schroetter hat darauf hingewiesen, dass es sich da wahrscheinlich um eine septische Neuritis des Vagus, um eine eitrige Entzündung am Weg des Laryngeus superior handelt. Der Zustand ist sehr interessant, und es wäre höchst wichtig, für denselben pathologisch die genügende Basis festzustellen.

Dann will ich noch einen Fall erwähnen, bei welchem eine präliminäre Tracheotomie gemacht wurde bei einem Jungen von 13 Jahren, um die Exstirpation eines Tumors des Oberkiefers zu ermöglichen. Unmittelbar nach der Operation wurde die Canüle entfernt und der Patient schritt in der Reconvalescenz gut vorwärts. Die Trachealwunde schloss sich vollständig, und drei Wochen nach der ursprünglichen Operation trat bei diesem Jungen eine Mediastinitis, und in Begleitung mit der Mediastinitis anterior eine Pericarditis auf. Ich fürchtete, dass der Junge sterben würde. Zum Glück war das aber eine Infectionsform, die nicht genügend septisch war, um eine Eiterung zu verursachen, und nach schweren Erscheinungen, die 14 Tage bis drei Wochen dauerten, ist der Junge endlich genesen.

Ich habe also mit dem heutigen hier vier Fälle angeführt, wo im Gefolge von Tracheal- und Laryngeal-Operationen Spätinfectionen auftraten.

Ich will damit schliessen, dass ich die Vorzüglichkeit der Methode hervorhebe, die in diesem Falle geübt worden ist und deren Entwickelung wir den theoretischen Arbeiten Krupp's und Zeller's verdanken. Sie haben Experimente gemacht, welche uns zeigten, dass, wenn man die Communication zwischen Rachen und Trachea nach Larynxexstirpation erfolgreich unterbricht, die Sterblichkeit der Operation bedeutend herabgedrückt wird. Die Sterblichkeit war in den älteren Fällen hauptsächlich durch Schluckpneumonie bedingt gewesen, und durch diese Procedur wird diese beseitigt. Die Procedur wurde dann von Popper und Rott dahin vervollkommnet — den ersten Anstoss hat wohl Bardenheuer gegeben — dass sie den Larynx vollständig abschlossen durch eine Naht. So gelingt es häufig, die äussere und innere Wunde per primam zu heilen. Der Patient kann sehr bald nach geschehener Operation ohne Schwierigkeit schlucken, und die Schluckpneumonie wird vermieden.

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby: Ich möchte Ihnen heute zwei Kinder vorstellen. Bei dem einen handelt es sich um primäre Myopa-

thie, um eine primäre Dystrophie mit Hypertrophien, Atrophien und Betheiligung der Gesichtsmusculatur. Es ist dies ein ganz typischer Fall, und es scheint mir, dass es interessant sein würde, typische Fälle dieser Art immer wieder und wieder zu Gesicht zu bekommen. Die Erkrankung fing bei diesem Kinde in einer Schwierigkeit des Gangs an. Die Mutter bemerkte ganz von Anfang an, dass das Kind einen eigenthümlich klobig-watschelnden Gang hatte, woraus zu schliessen ist, dass die Erkrankung in den Bein-, Becken- und Rumpfmuskeln anfing, um später auf die Oberarmmuskeln überzugehen. Wenn Sie das Kind ausgezogen betrachten, so sehen Sie vor allem die eigenthümliche Stellung, den vorgewölbten Bauch, die eingetriebenen Kniee, die Hyperextension der Kniee, die merkwürdige, fast athletische Entwickelung gewisser Muskeln bei einer ganz contrastirenden Abmagerung der Oberarmmuskeln. Dazu kommt noch der Gesichtsausdruck. Jetzt ist das Kind natürlich ein bischen aufgeregt, aber Sie sehen das Characteristische: Das Kind hat eine ausgesprochene Facies myopathica; einen festen, starren Gesichtsausdruck, ziemlich geöffnete Lippen, mit ziemlich breitem Mund. Sie können sich das vergegenwärtigen, wenn Sie den Mund, den Gesichtsausdruck der Mutter oder des Vaters ansehen, wo die Züge alle strammer, fester und zugespitzter sind. Der Gesichtsausdruck ist für ein geübtes Auge ziemlich characteristisch. Wenn Sie nun das Kind auf die activen Muskelbewegungen prüfen, so können Sie jetzt sehen, wie das Kind geht. Wenn es eine Treppe steigen soll, so zieht es sich von Stufe zu Stufe hinauf, indem es sich auf die Kniee fallen lässt. (Demonstration.)

Wir haben es hier also mit allen Symptomen einer typischen Myopathie zu thun, und ich will nur noch eine kurze Bemerkung über die Eintheilung dieser Fälle machen. Es ist versucht worden, aus jeder verschiedenartigen Vertheilung der Hypertrophie und Atrophie je einen gewissen Typus zu construiren, und man hat so wohl ein Dutzend Categorien gemacht. Thatsache bleibt aber, dass es sich hier immer um eine und dieselbe Krankheit handelt, mit verschiedener Betheiligung der Atrophie und Hypertrophie der verschiedenen Muskeln, und je mehr man sieht, desto mehr verschiedene Klassen sieht man. Ich halte diesen Fall hier für einen recht typischen Fall der infantilen Form.

In diesem zweiten Fall handelt es sich, wie Sie wohl auf den ersten Blick die Diagnose stellen werden, obgleich der Patient sich gebessert hat, um sporadischen Cretinismus. Von hereditärer Belastung ist auch bei diesem Kinde keine Rede. In der Vorgeschichte ist nur eine langsame und schwierige Geburt hervorzuheben. Das Kind war bis zum 9. Monat anscheinend gesund. Um diese Zeit erlitt es ein schweres Kopftrauma, indem es vom Vater fallen gelassen wurde. Das Kind ist geistig etwas zurück, obgleich es durchaus nicht idiotisch ist. Der Geisteszustand ist als ein schwachsinniger zu bezeichnen. Es scheint sich seiner körperlichen Wünschen vollständig bewusst zu sein, und kann sie auch zum Ausdruck bringen. Die Sprachfähigkeit und Körperwachsthum sind aber sehr zurückgeblieben. Es ist jetzt sieben Jahre alt und misst nur 86 cm in der Höhe. Sie sehen die colossale Disproportion zwischen dem Schädel und dem kleinen Körper. Sie werden ferner fin-

den, dass die Fontanelle hier offen ist. Sie sehen den stierähnlichen Hals, diesen blöden Gesichtsausdruck mit weit offenen Lippen und mit der Zunge halb heraushängend. Sie sehen, dass die Haare starr sind und die ganze Haut trocken und schiefrig sich anfühlt. Sie sehen ferner besonders an den Füssen diese fischähnliche gerunzelte Altmännerhaut, und Sie werden finden, dass die Schilddrüse vollständig fehlt. Sie sehen auch den watschelnden Gang des Kindes. Kurz, es ist ein altes Männchen in Miniatur.

Bei dem ersten Fall habe ich von Therapie nichts gesagt; so wenig sich dort therapeutisch leisten lässt, so viel ist man hier zu thun im Stande, wenn der Fall richtig diagnosticirt wird als Cretinismus und nicht als Idiotismus. Diese Fälle sind von therapeutischer Seite so wichtig und kommen in der allgemeinen Praxis verhältnissmässig so häufig vor, dass ich ein paar Worte darüber sagen möchte. Die Fälle können als ein Myxoedem bei Kindern aufgefasst werden, und die Erfolge der Behandlung sind hier genau so gut, wenn nicht besser, als beim Myxoedem der Erwachsenen. Werden diese Fälle mit Schilddrüsenextract behandelt, so ist die Besserung bei fast allen eine prompte und ausgesprochene. Dieses Kind ist jetzt vier Wochen lang mit Schilddrüsenextract behandelt worden, und ich kann Sie versichern, dass es ein ganz anderes Bild abgiebt, und ich bin fest überzeugt, dass ich im Stande sein werde, das Kind innerhalb sechs Monate oder eines Jahres als geheilt vorstellen zu können. Nur muss man betonen, wenn man mit der Schilddrüsenbehandlung aufhört, kommt die Krankheit wieder zurück. Die Kinder müssen ihr Leben lang Schilddrüse haben, dann bleiben sie gesund.

Dr. J. W. Gleitsmann: Das Präparat, welches ich Ihnen zeige, stammt von einem Patienten, den ich Ihnen in einer früheren Sitzung demonstrirte, und bei dem mein Verdacht auf maligne Geschwulst auf der rechten Seite des Kehlkopfes bestätigt wurde. Der Patient wurde kurz nach der Vorstellung in dieser Gesellschaft im Deutschen Hospital aufgenommen und von Dr. Kiliani operirt. Ich glaube nicht, dass Dr. Kiliani oder ich einen Fehler begangen haben. Dr. Kiliani hat sich jedenfalls durch mich beeinflussen lassen, nicht gleich eine halbseitige Laryngectomie vorzunehmen. Der Mann war sehr schwer zur Operation zu bewegen. Es kostete den Hausarzt und mich fast einen Monat, bis er sich zur Operation entschloss, weil er immer fürchtete, dass die Operation gefährlicher sei als die Krankheit. Schliesslich aber, als die Dyspnoea wieder kam, kam er zu der Ueberzeugung, dass die Krankheit gefährlicher sei, und es war ihm besonders darum zu thun, seine Stimme wieder zu bekommen. Es wurde also die Laryngotomie gemacht und anscheinend alles Krankhafte entfernt. Der Patient wurde nach der Operation untersucht und fühlte sich sehr gut. Die Stimme trat ziemlich bald wieder ein. Er konnte sprechen, und die Dyspnoe, für die ich kein positives laryngoscopisches Moment auffinden konnte, wurde besser. Doch trat sie bald wieder ein, und die einzige Erklärung, die ich mir für die Dyspnoe des Patienten, den Sie hier gesehen haben, machen konnte, bestand darin, dass die linke, gesunde Hälfte nicht so vollständig

fungirte, wie sie vielleicht fungirt hätte, wenn die andere Hälfte normal gewesen wäre. Die Dyspnoe nahm zu, und ich wurde vorigen Dienstag gebeten, den Patienten genau zu untersuchen, da die Dyspnoe ganz beträchtlich war. Ich untersuchte den Patienten und fand zu meinem grossen Bedauern, dass nach drei Wochen ein Recidiv eingetreten war. Ich konnte natürlich mit blossem Auge keine positive Diagnose machen, aber was sich im Larynx darbot, war so characteristisch, dass ich mich für berechtigt fühlte, den Collegen zu bitten, die halbseitige Laryngectomie zu machen. Dieselbe wurde am Tag darauf an hängendem Kopf vorgenommen, und der Patient ist, wie ich mich heute überzeugt habe, in verhältnissmässigem Wohlbefinden.

Wenn ich noch etwas hinzufügen darf, so möchte ich mittheilen, dass die Operation sowohl wie die Laryngotomie von Dr. Kiliani ohne allgemeine Narcose durch locale Anaesthesie unter Cocain vorgenommen wurde. Der Patient klagte fast gar nicht über Schmerzen. Wenn er klagte, wurde Cocain mit einem Schwämmchen oder Läppchen aufgetragen, bis die Anaesthesie wieder vollständig war. Der Patient ist wohl gebaut, mit ziemlich kräftigem, dickem Hals, was darauf hindeutete, dass der Mann vielleicht zu Hyperämie neigte. Die Blutung während der Laryngectomie war etwas störend, obwohl nicht alarmirend, und da der Patient keine allgemeine Narcose hatte, so war es rathsam, etwas rascher zu arbeiten, und ich machte Dr. Kiliani darauf aufmerksam, ob nicht zur localen Stillung der Blutung Suprarenal-Extract verwendet werden sollte. Das wurde in ziemlicher Quantität verwendet. Ich habe in meiner Praxis immer einfach ein wenig Extract in ein kleines Schälchen gegeben, dann die Cocainlösung darauf gegossen und die Mischung mit rohem Extract in die Nase u. s. w. applicirt. Sonst ist es nothwendig, die Lösung immer frisch zu machen, da sich nicht sehr viel von dem Extract in Wasser löst. Wenn Sie das Pulver unter gutem Verschluss und das Cocain in aseptischer Lösung halten, haben Sie ein genügendes Präparat. Leider wurde an demselben Abend dieselbe Beobachtung gemacht, die jedenfalls allen Laryngologen, wenigstens mir, oft passirt ist und weshalb ich Souverän-Extract sehr vorsichtig anwende. Es trat sehr bald nach der Operation eine heftige Blutung ein und eine andere am Abend, und Dr. Kiliani sagte mir heute, dass die Blutung so alarmirend gewesen sei, dass er fürchtete, der Patient würde verbluten. Ich erwähne das nur kurz deswegen, weil es mir in meiner Praxis vorgekommen ist, dass ich die betreffende Operation recht blutlos machen wollte und dann später in aller Eile zum Patienten gerufen wurde, weil eine alarmirende Blutung eingetreten. Es ist also einfach ein Haemostaticum, aber wenn die Wirkung nachlässt, muss man darauf gefasst sein, dss Blutung eintritt. Ich habe das Präparat mitgebracht, wenn es auch nicht ganz so gut erhalten ist, wie das von dem ganz exstirpirten Kehlkopf. (Demonstration des Präparats.)

Dr. Max Einhorn: Es ist zuweilen von Wichtigkeit, eine Methode zu haben, die Acidität im Mageninhalt wenigstens approximativ zu bestimmen, wo man die Titrirmethode nicht anwenden kann, wenn es sich nämlich um kleine Mengen handelt, wenn also sehr wenig aus dem

Magen herausbefördert wird. Ich habe dazu in der letzten Zeit die folgende Methode benutzt, die, wie mir scheint, sehr nützlich ist. Ich bediene mich eines Papiers, das ich in der Toepfer'schen Lösung (Dimethyl- amido-azobenzol) sättige und trockene. Diese Substanz wird bekanntlich durch freie Säuren roth. Man thut nun zunächst einen Tropfen der Flüssigkeit, die untersucht werden soll, auf das Papier, und falls dasselbe roth wird, kann man einen Tropfen des Mageninhalts nehmen und verdünnen und sehen, wie viel Tropfen Wasser man hinzusetzen kann, um noch immer eine rothe Färbung zu bekommen. Je mehr man verdünnen kann, desto mehr Säure wird vorhanden sein. Nach meinen Untersuchungen stellt es sich heraus, dass, wenn man zwei- oder dreifach verdünnen kann, die Acidität 20 oder 30 ist, bei fünffacher Verdünnung 50, so dass man also auf diese Weise ohne weitere Lösungen es wenigstens annähernd in der Hand hat, die Acidität zu schätzen.

2. Bericht des Comités zur Begutachtung des Aufrufs zur Gründung einer Lungenheilstätte für Gross New York.

Dr. L. Weber liest den Bericht.

Auf Antrag aus der Mitte der Versammlung wird der Bericht entgegengenommen und zur Discussion gestellt.

Dr. J. W. Gleitsmann: Ich möchte fragen, ob es die Absicht des Comités oder der Gesellschaft ist, dass der Bericht en bloc angenommen werde oder ob die einzelnen Bestimmungen hier erst besprochen werden sollen. Wenn wir die zehn Punkte hier discutiren sollen, so würde das die Zeit der Gesellschaft über Gebühr in Anspruch nehmen. Ausserdem sind einzelne Punkte unter den Empfehlungen des Comités, welche unbedingt, ehe sie der Gesellschaft zur endgiltigen Entscheidung vorgelegt werden können, erst den Verwaltungsrath passiren müssen. Wir müssen uns jedenfalls darüber klar werden, was wir mit dem Comité-Bericht thun sollen.

Ein Antrag, den Präsidenten zu ermächtigen, eine Zeit zur Discussion des Berichtes in einer der nächsten Sitzungen zu bestimmen, wird einstimmig angenommen.

3. Vorträge. Dr. Wm. Greeff: Beitrag zur Haemophilia Neonatorum. (Der Vortrag ist in der Mainummer der Monatsschr. veröffentlicht.)

Discussion. Dr. Karl Dauber: In den allgemeinen Bemerkungen, welche der College machte, fiel es mir auf, dass er sehr viel Gewicht darauf legte, dass die Haemophilie hauptsächlich im infantilen Alter und in der ersten Lebenszeit auftritt. Es scheint mir, dass sich das nicht vollkommen mit den Thatsachen deckt. Wir kennen eine Reihe Krankheiten, die im hohen Alter zu einer Haemophilie führen können, die dann gewöhnlich ad exitum führt, z. B. Lebercirrhose, Icterus gravis, Leukaemia acuta, die wir seit den achziger Jahren kennen. Dass die Degeneration von Gefässen nicht die alleinige oder sogar

hauptsächlichste Ursache ist, ist bewiesen. Vielmehr ist die Aenderung in der Gerinnungsfähigkeit des Blutes das hauptsächlichste Moment. Wie wären sonst die parenchymatösen Blutungen zu erklären, die gerade im Verdauungscanal beobachtet werden? Ich habe im letzten Jahr eine Patientin an acuter Leukaemie verloren, bei deren Blute es im frischen Präparate minutenlang dauerte, bis ein andeutungsweises Bild der Gerinnung eintrat. — Dr. W. K. Kubin: Ich möchte Herrn Dr. Greeff fragen, ob er meint, dass das Kind direct nach der Geburt noch mütterliches Blut hat, oder ob es nicht schon durch die Organe des Kindes modificirt ist, so dass es doch nicht ganz dasselbe Blut ist, wie das der Mutter? — Dr. August Seibert: Ich habe noch nie einen Fall von Haemophilie bei Neugeborenen gesehen. Deswegen hat es mich doppelt interessirt, heute Abnd den Bericht von Dr. Greeff zu hören. Der Bericht ist sehr interessant und lehrreich, indem er das eine wieder demonstrirt, dass wir überhaupt von der ganzen Sache nichts wissen. Die Haemophilie tritt manchmal in einer Art und Weise auf, die man am allerwenigsten erwartet. Bei Neugeborenen habe ich sie, wie gesagt, nie gesehen. Dr. Greeff's Erklärung ist, wenn ich ihn recht verstanden habe, dass die Haemophilie durch eine abnorme Durchgängikeit der Gefässwände bedingt ist. Ich muss auch sagen, dass ich mich dieser Anschauung hinneige, aber das erklärt mir die Krankheit noch nicht. Die abnorme Durchgängigkeit der Gefässe ist sicherlich da, aber was verursacht dieselbe? Eine richtige Antwort auf diese Frage würde das Wesen der Krankheit erst erklären. Dass es sich bei der Haemophilie höchst wahrscheinlich in sehr vielen Fällen um die Wirkung von Infectionsstoffen handelt, können wir da sehen, wo sich dieselbe an bekannte Infectionskrankheiten anschliessen. Ich möchte Ihnen hier einen ganz kurzen Bericht geben. Vor ungefähr 12 Jahren behandelte ich ein Kind an ganz leichter Tonsillardiphtherie. Das Kind war 2½ Jahre alt. Nach drei Besuchen reinigte sich alles nach der damaligen Methode mit Chlorkalium und Eisen. Ich will aber angeben, dass das Kind nicht viel Chlorkalium bekommen hat. Ich sah das Kind 8 Tage lang nicht. Dann entwickelte sich am rechten Hals ein kleiner Hautabscess, eine vereiterte Drüse. Ich incidirte die Drüse, die Wunde heilte per primam. Ich betone ausdrücklich, dass durchaus keine Blutung von Belang stattfand. Acht Tage später, an einem Sonntag, wurde ich geholt. Das Kind war plötzlich unruhig geworden, und entwickelten sich unter Schmerzen an allen Druckpunkten des Körpers grosse Blutansammlungen unter der Haut. Der Backen des Kindes lag auf der Schulter des Vaters. Der Backen war schwarz. Aus dem Anus tropfte Blut, und wo nur das Kind sich anlehnte, waren während der letzten 30 bis 45 Minuten enorme Haematome entstanden, eine acute Haemophilie, die binnen zwei Stunden zum Tode führte. Dr. Lilienthal, der herzugezogen wurde, erwähnte, dass er so etwas in seinem ganzen Leben noch nicht gesehen habe. Das Kind erkrankte um 12 Uhr Mittags und war um zwei Uhr todt. Das war die acuteste Form der Haemophilie, die man sich denken kann. Ich bin ganz entschieden der Meinung, dass es sich hierbei, wie bei jeder Haemophilie um Infection handelt, deren Natur und Wesen

wir überhaupt noch gar nicht kennen. — Frau Dr. Welt: Ich habe dem Vortrag des Herrn Dr. Greeff mit grossem Interesse zugehört und kann nur dazu gratuliren, dass er in kurzer Zeit so viele und ausgesprochene Fälle gesehen hat. Ich habe in einer Reihe von Jahren nur einen einzigen Fall in meiner Praxis gesehen, und muss sagen, dass ich den Auseinändersetzungen von Dr. Seibert nur beistimmen kann. Ich erinnere mich dessen ganz genau. Es war ein kleines Kind von ungefähr zehn Wochen, das marastisch aussah und nach Aussagen der Mutter an Erysipel gelitten haben soll. Es wurde an einem Freitag Nachmittag in das Mt. Sinai Dispensary gebracht, mit einem kleinen Abscess am Ellbogen, der durch eine kleine Incision eröffnet wurde. Es entleerte sich dabei eine geringe Menge, nicht mehr als ein Viertel Theelöffel voll von Eiter. Das Kind wurde in gewöhnlicher Weise verbunden und nach Hause geschickt, aber schon am Abend desselben Tages nach dem Mt. Sinai Hospital gebracht, da der Verband durchgeblutet war. Der damalige Hausarzt legte einen neuen Verband an, und am nächsten Morgen und Abend wiederholte sich der Vorgang. Am Sonntag Nachmittag sah ich das Kind im Hause seiner Eltern. Es war scheinbar moribund. Aus der kleinen Wunde kam das Blut beständig Tropfen auf Tropfen heraus. Ich elevirte den Arm und unter Benutzung von Eis und Ergotin stand die Blutung, das Kind genas. Das Kind ist noch einige Jahre in meiner Beobachtung geblieben, ohne je wieder Spuren von Haemophilie zu zeigen. — Dr. W. Greeff (Schlusswort): Ich möchte zuerst auf das von Dr. Seibert Gesagte antworten, dass ich nicht eine ganz bestimmte Ursache der Haemophilie habe nachweisen wollen, weil ich das ebenso wie in den anderen beobachteten Fällen nicht habe thun können. Aber dass meine Fälle nicht durch Infection entstanden sind, ist ganz klar, denn die Kinder wiesen microscopisch und auch sonst gar keine Symptome von Infection auf. Auch hatten sie keine Temperaturerhöhung. Ich wollte aber gewisse Ursachen, die bisher der Haemophilie zugeschrieben worden sind, durch meine Beobachtun, wenn möglich, umstossen, nämlich, dass es nicht an mangelnder Gerinnungsfähigkeit des Blutes liegen kann, denn, wie sich gezeigt hat, fand sich geronnenes Blut überall da, wo es überhaupt gerinnen kann. Was die Modification des Blutes betrifft, so glaube ich nicht, dass innerhalb vier Stunden das Blut in irgend einer Weise modificirt sein kann. Dass Icterus oder Leukaemie als Ursache der Haemophilie gelten sollen, das glaube ich nicht. Blutungen, die durch Icterus, Leukaemie etc. hervorgerufen sind, gehören nicht in den Bereich der wahren Haemophilie.

4. Dr. Julius M. Baumfeld: Klinische und balneologische Heilstätten in Tirol. (Vortrag ist in der Mai- und Juni-Nummer der Monatsschr. veröffentlicht.)

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby: Es thut mir leid, dass mit Rücksicht auf die vorgeschrittene Zeit der interessante Vortrag nicht discutirt werden kann, und es bleibt mir nur übrig, Herrn Dr. Baumfeld für seine Freundlichkeit unseren besten Dank abzustatten. Ich theile Ihnen mit, dass die Herren Candidaten Drs. H. R. C. Graeser, 120

W. 111. St.; C. G. Childs Jr., 61 W. 45. St.; C. H. Jaeger, 24 W. 59. St.; Sara R. Creighton, 28 W. 59. St.; M. I. Blank, 1525 Madison Ave. als ordentliche Mitglieder der Gesellschaft aufgenommen worden sind.

Zur Mitgliedschaft vorgeschlagen: Dr. Walter C. Klotz, 119 W. 45. St., von Dr. G. W. Jacoby; Dr. E. M. Mendel, 7 W. 92. St., von Dr. G. W. Jacoby.

Dr. Jos. Fraenkel: Ich möchte Ihre Aufmerksamkeit auf wenige Minuten in Anspruch nehmen im Interesse des New York State Pathological Laboratory, das vor fünf Jahren zum Zweck oder Erforschung der Ursachen der Geisteskrankheiten gegründet wurde. Dasselbe hat in der Zeit seines Bestandes sehr erfolgreiche und bemerkenswerthe Arbeiten zu Tage gefördert. Jetzt ist aus rein politischen Gründen die Existenz des Instituts bedroht. Die New York Academy of Medicine, die County Medical Society und die State Medical Association haben Petitionen an die Legislatur und den Gouverneur gesandt, welche die Missbilligung irgend welcher Schritte aussprechen, die das Institut dem Untergang entgegenführen würden, und ich möchte hiermit den Antrag stellen, dass auch unsere Gesellschaft sich dem Gouverneur gegenüber dahin äussert, dass sie das New York State Pathological Laboratory billigt und es als einen Schaden für das Fortschreiten der Psychiatrie betrachten würde, wenn das Institut seine Thätigkeit aufgeben würde. (Unterstützt.)

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby: Ich möchte dem beifügen, dass ich die Arbeiten des State Pathological Laboratory von Anfang an kenne. Es ist das einzige und erste wissenschaftliche Laboratorium gewesen, welches wir hier in den Vereinigten Staaten gehabt haben, das unter staatlicher Befürwortung existirt. Es ist nicht anzunehmen, dass ein derartiges Laboratorium, welches sich ganz und gar selbst überlassen ist und noch im Dunkeln zu tasten hat, jahrelang arbeiten kann, ohne auch gewisse Fehler in der Art der Arbeit zu machen. Diese Fehler hat das State Laboratory gewiss gemacht, es sind aber Kleinigkeiten gewesen, und aus politischen Gründen sind die Fehler hervorgehoben und vergrössert worden, und Jeder hat versucht, seinen eigenen Vortheil daraus zu ziehen. Die Politik und die Wissenschaft können nicht miteinander hergehen, und wenn dieses Laboratorium jetzt eingeht, so ist dieses Bündniss daran Schuld, dass jede Spur von wissenschaftlicher Arbeit, die in unseren jetzigen Asylen besteht, eingeht. Denn die Arbeit, die bis zur Entstehung des State Pathol. Laboratory dort geschehen ist, verdient mit keinem Wort den Ausdruck wissenschaftlich. Ich bitte Sie daher dem Antrag zuzustimmen. Sie folgen damit ganz einfach dem, was schon andere Gesellschaften vor Ihnen gethan haben. Ich bitte also diejenigen Herren, welche für Annahme der Empfehlung sind, „ja" zu sagen. (Geschieht.) Angenommen.

Schluss und Vertagung.

Dr. J. A. Beuermann, pro. Secretär.

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Die Verwendung des Beta-Eucains zur Infiltrationsanästhesie.* Neben dem Cocain gelangt für Zwecke der Infiltrationsanästhesie fast ausschliesslich das Eucain *B* zur Verwendung, welches in Bezug auf Intensität und Dauer der anästhesirenden Wirkung dem Cocain gleichwerthig, wegen seiner viel geringeren Giftigkeit aber demselben vorzuziehen ist. Häufig hört man jedoch Klagen über intensive Nachschmerzen und länger dauernde Schwellung auch bei Verwendung des Eucain *B*. Diese Erscheinungen lassen sich vermeiden oder jedenfalls auf ein Minimum beschränken durch Benutzung isotonischer Lösungen. Es liegen sehr sorgfältige Untersuchungen aus dem Jahre 1898 von P. Heinze (Arch. f. patholog. Anatomie u. Physiologie u. für klin .Medicin. Bd. 153. Hft. 3) und H. Braun (Arch. f. klin. Chirurgie Bd. 57. Hft. 2) vor, welche zeigen, dass die genannten Neben- oder Nachwirkungen nicht durch eine specifische Reizwirkung des Cocains und Beta-Eucains verursacht werden, sondern dass es sich um Quellungserscheinungen als Folge des osmotischen Druckes handelt. Beide Substanzen sind an sich so gut wie reizlos, und nur durch ihre Verwendung in osmotisch nicht indifferenter Lösung werden sie irritirend. Es kommt also darauf an, das Eucain in indifferent osmotischer Lösung anzuwenden. Solche Lösungen lassen sich durch einen Kochsalzzusatz herstellen. Braun und Heinze empfehlen folgende Lösung:

Eucaini *B*	0,1.
Natrii chlorati	0,8.
Aquae destillatae	100,0.

Sie wird am besten auf Körpertemperatur erwärmt eingespritzt und soll selbst auch bei entzündetem Gewebe reizlos sein. (Therap. Monatshefte, Mai 1901.)

— *Behandlung der Meningitis mit Ung. argent. colloid.* Credé. Die Mittheilung von Brainerd über Unguentum Credé bei Meningitis im „Southern California Practitioner" veranlassten F. Daxenberger auch seine mehrjährigen Erfahrungen hierüber mitzutheilen. Brainerd berichtete von der Heilung einer tuberculösen Meningitis bei einem neunjährigen, hereditär belasteten Mädchen, das nach typischen Vorboten allmählich an Erbrechen, Verstopfung, Schwindel, Doppelsehen und allgemeinen Krämpfen fieberhaft erkrankt war und zweifellos tuberculöse Veränderungen in der Netzhaut darbot. Er liess täglich 3,5 bis 7 g Unguentum Credé in die Kopfhaut und den Rücken einreiben, worauf sich der Zustand bald besserte und nach einem halben Jahre in Heilung überging. Als Ursache der Genesung giebt B. bestimmt die Credé'sche Salbe an. In einigen weiteren Fällen hatte er keinen Erfolg zu verzeichnen. Daxenberger verwendet nunmehr seit drei Jahren die Silbersalze bei den verschiedensten Infectionskrankheiten, so bei Erysipel, bei Phlegmonen, Lymphangitis, Furunculose, Periostitiden, Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase, bei Endocarditis recurrens, Rheumatismus, auch bei infectiösen Augenkrankheiten, wie Ulcus corneae serpens mit Hypo-

pyon, drohender Panophthalmie etc., aber bei keiner Erkrankung mit so durchschlagendem Erfolge wie gerade bei der Meningitis, speciell der Kinder. Während vordem bei der Behandlung mit Ung. hydrarg. cin., Calomel und später Kal. jodat. neben allgemeinem hygienisch-diätetischem Verfahren, in letzter Zeit auch bei hydropathischer Behandlung von 15 Meningitisfällen bei Kindern nur eines mit dem Leben davonkam, genasen die letzten drei, mit Ung. C r e d é behandelt, sämmtlich. Die Diagnose wurde bei diesen mit derselben Vorsicht und demselben Rückhalte gestellt wie bei jenen. Auch kann D. keineswegs behaupten, dass die letzteren Fälle etwa zufällig leichterer Natur gewesen wären und desshalb von vornherein eine bessere Prognose geboten hätten.

Wie aus den drei von D. mitgetheilten Krankengeschichten zu entnehmen ist, ist besonders der erste Fall interessant wegen seiner Complication mit Epilepsie. Im Falle 2 nimmt D. eine acute (eitrige?) Convexitätsmeningitis an mit Rücksicht auf das stürmische, hoch fieberhafte Auftreten der Krankheitserscheinungen ohne alle Prodrome. Fall 3 hatte auf den ersten Blick einen etwas tetanischen Anstrich, doch das Hinzutreten von cerebralen Erscheinungen, Sensibilitäts- und Lähmungserscheinungen, weiters der ganze Verlauf schliessen Tetanus aus. Desgleichen konnte man an eine stärkere Insolationserscheinung mit consecutiver Hyperaemie und Reizung der Meningen denken, doch fehlen sonstige typische Insolationssymptome (Veränderungen der Haut etc.), ausserdem sprechen der niedrige Puls, die nur geringe Fiebersteigerung und der ganze Verlauf dagegen. D. glaube vielmehr hier eine aufsteigende Meningitis annehmen zu müssen mit anfänglicher vorwiegender Betheiligung der spinalen Meningen. Immerhin ist aber in allen drei Fällen eine tuberculöse Form der Meningitis keineswegs auszuschliessen, da erfahrungsgemäss circa 80 Procent aller Meningitiden der Kinder tuberculöser Natur sind; wenigstens sprach die Anamnese (Heredität) in den ersten zwei Fällen einigermassen dafür, während im dritten Falle mehr der Beginn einer solchen entsprechen würde. Eine genaue opthalmoscopische Untersuchung konnte leider in keinem der Fälle vorgenommen werden.

Der Erfolg der Behandlung ist durchwegs ein auffallend günstiger gewesen, und D. glaubt, keinem anderen Factor denselben zuschreiben zu können als der Anwendung des Unguent. C r e d é, nachdem vordem bei der bisherigen medicinischen und sonstigen Behandlung fast alle Fälle letal verliefen. D. glaubt desshalb, dem Unguent. C r e d é eine gewisse specifische Wirkung bei Meningitis, und zwar sowohl bei der tuberculösen wie bei der einfachen Form, zuschreiben zu müssen. Mag auch den begleitenden hydropathischen Proceduren, sowie dem allgemein hygienisch-diätetisch-tonisirenden Verfahren nicht jeglicher Effect abzusprechen sein, so kommt ihnen doch nur eine untergeordnete Bedeutung zu, indem sie, allein für sich angewendet, wie D. sich mehrfach vor der Anwendung des Unguentum C r e d é überzeugen konnte, den ungünstigen Ausgang nicht abwenden konnten. Er kann die eclatanten Erfolge mit Unguent. C r e d é also nicht bloss als Zufall auffassen.

Was die Anwendung des Unguent. C r e d é betrifft, so werden täglich je nach dem Alter des Patienten und der Schwere des Falles circa 2—3 g

pro dosi anfangs zweimal täglich, später nur einmal, nach Art der grauen Salbe fest verrieben. Im ganzen genügen meist 10—20 g. D. hält es nicht für gut, sogar wegen der damit verbundenen stärkeren Belästigung des Patienten für unvortheilhaft, die Salbe direct in die Haut des Kopfes oder Nackens oder auch des Rumpfes einzureiben, lässt vielmehr dieselbe abwechselnd in eine der vier Extremitäten einreiben und nach einem Cyclus von vier Einreibungen nöthigenfalls wieder von vorne beginnen. Die Hauptbedingung für den Erfolg liegt in der richtigen Anwendung der Salbe, und mancher Misserfolg scheint auf eine ungenügende Ausführung der Einreibungen zurückzuführen zu sein. Man lasse die betreffende Dosis nach entsprechender Erwärmung völlig verreiben, bis fast sämmtliche Salbenreste verschwunden sind, was mindestens eine Viertel Stunde erfordert. Man muss die Einreibung das erstemal den Angehörigen selbst zeigen oder wenigstens die erste Ausführung überwachen und darf sich nicht auf die Angaben derselben verlassen, wenn man nicht Täuschungen erleben will. Eine leichte Dermatitis darf keine Contraindication zur Unterbrechung der Cur abgeben. Irgendwelche Intoxicationserscheinungen wurden nie beobachtet. Die Wirkung der Silbereinreibungen äusserst sich zunächst im Sinken der Temperatur und Nachlassen der motorischen Reizerscheinungen. Die dazwischen gereichten Bäder unterstützen die Resorption des Silbers wesentlich, üben ausserdem einen günstigen, tonisirenden Einfluss auf das ganze Nervensystem aus, die Winternitz'sche Kühlkappe oder Eisbeutel und die kalten Rückenschläuche lindern die Schmerzen und tragen zur Beruhigung bei, ebenso die feuchten Wadenbinden; auch die allgemeinen hygienisch-diätetischen Massregeln, die Anwendung von Excitantien (Wein, Thee, Cognac) sind nicht zu unterschätzen. Von feuchten Ganzeinpackungen, welche D. früher auch öfters anwendete, ist er ganz zurückgekommen. D. giebt zu, dass auch dieses Verfahren gelegentlich nicht zum Ziele führt, jedenfalls ist aber die Anwendung der Silbersalbe selbst in verzweifelten Fällen eines Versuches werth. (Klinisch-therap. Wochenschrift, 1901, No. 19.)

— *Zur Wirkung des Urotropins.* Nicolaier erklärt die Wirkung des Urotropins auf Microben aus der Abspaltung von Formaldehyd bei Körpertemperatur; bei Zimmertemperatur sei Urotropin unwirksam. Diese Theorie ist um so plausibler, als sie einerseits der Zusammensetzung des Urotropins entspricht, andererseits seine Wirkung auf ein bekanntes, vortreffliches Antisepticum zurückführt. Götzl und Salus haben nun im hygienischen Institut der deutschen Universität in Prag (Prof. Hueppe) eine Reihe von neuen Untersuchungen in dieser Hinsicht angestellt und kamen hierbei zu folgenden Resultaten:

1. Das Urotropin ist an sich ein wirksames Antisepticum. Schon in 5-proc. Lösung tödtet es bei 17° C. Microben der ammoniakalischen Cystitis, ferner B. coli und typhi ab. In niederen Concentrationen wirkt es auf diese Microben entwicklungshemmend.

2. Setzt man einem sauren Harne 3 Procent Urotropin zu, und lässt ihn bei Zimmertemperatur offen im Becherglase an der Luft stehen, wird das Eintreten der ammoniakalischen Harngährung verzögert.

3. Die Erhöhung der Temperatur auf 37° führt zu einer bedeutenden Steigerung der antiseptischen Fähigkeit, derart, dass dann eine ½-proc. Lösung etwa gleich stark wirkt wie eine 2-proc. Lösung bei 17°.

4. Gegenwart von Eiweiss störte die Urotropinwirkung nicht.

5. Das Bact. typhi zeigte sich gegen Urotropin besonders empfindlich.

6. Das Wachsthum von Schimmelpilzen wird durch Urotropin nicht beeinträchtigt.

7. In zwei Versuchen in vitro mit harnsauren Concrementen beobachteten die Verf. deutliche harnsäurelösende Fähigkeit des Urotropins.

Beobachtungen bei innerer Darreichung von 3 mal täglich 0,5 g in einem Glase Wasser ergaben:

1. Das Urotropin wird in diesen Dosen gut vertragen (nur in einem Falle trat Brennen beim Uriniren auf, das mit Sistirung der Medication aufhörte).

2. Im frisch (auch durch Catheterismus) entleerten Harne konnten die Verf. des öfteren Formaldehyd mit Jorrissen's Reagens nicht nachweisen; sonst wies der Ausfall dieser ungemein empfindlichen Reaction auf sehr geringe Formaldehydmengen hin. Dagegen gaben die Harne stets intensive Urotropinreaction.

3. Dem Fehlen der Formaldehydreaction entsprach nicht auch ein Ausbleiben der Urotropinwirkung, und umgekehrt.

4. Durchgreifende Unterschiede im Erfolge der Therapie je nach der Reaction des Harnes konnten in den beobachteten Fällen nicht erhoben werden.

5. Das Urotropin erwies sich als treffliches Harnantisepticum; wo der Erfolg zu wünschen liess, schien dies an der Unzulänglichkeit der üblichen Dosen zu liegen.

6. Die locale Therapie wird durch diese Medication bei der chronischen Cystitis mit Harnretention keineswegs überflüssig.

7. In einem Falle von Calculosis gingen nach Urotropingebrauch kleine, lehmfarbene Concremente von Harnsäure ab, welche weicher waren als die vorher spontan abgegangenen röthlichen Concremente. (Prager med. Wochenschr., 1901, No. 31.)

— *Aspirin.* Valentin bestätigt das günstige Ergebniss der therapeutischen Erprobung der Acetylsalicylsäure bei acutem und chronischem Rheumatismus, reinen Neuralgien und solchen, die chirurgische Erkrankungen begleiten, namentlich Ischias. Niemals wurde eine Belästigung der Verdauungsorgane beobachtet, was V. zum Theil auch auf die geringere Menge von 3,4 bis höchstens 6 g zurückführt, in der das Medicament gereicht wird. In das Gewicht fällt der zusagendere Geschmack und der Mangel von Störungen der Herzthätigkeit. Ohrensausen kam unter 90 Fällen fünfmal vor, theils bei ausgesprochener Idiosyncrasie in dieser Beziehung gegenüber allen Salicylaten, theils auch ohne solche. In anderen Fällen, wo Salicyl die Paracusie erzeugte, blieb dieselbe unter Aspirinmedication aus, bemerkenswerther Weise selbst bei an Ohrencatarrh Leidenden. (Deutsche Aerzte-Zeitung, 1900, No. 20, ref. in Prager med. Wochenschr., 1901, No. 31.)

Kleine Mittheilungen.

— Die Vorbereitungsarbeiten für den XIV. *Internationalen medicinischen Congress,* der in den Tagen vom 23. bis 30. April 1903 in Madrid unter dem Protectorate Sr. Majestät des Königs Alphons XIII. und der Königin Regentin stattfinden wird, haben nunmehr begonnen. Das Executivcomité ist wie folgt zusammengesetzt: Präsident: Prof. Julián Calleja y Sanchez; Generalsecretär: Dr. Angel Fernandez-Caro y Nonvilas; Schatzmeister: Dr. José Gómez y Ocaña; Mitglieder: Die Präsidenten und Secretäre der Sectionen.

— Auf der Naturforscherversammlung in Hamburg soll die *Gründung einer Deutschen Gesellschaft für Orthopädie* berathen werden. Namens einer Anzahl hervorragender deutscher Orthopäden erlässt Dr. Hoeftman-Königsberg eine Einladung an alle diejenigen Collegen, die sich für diesen Zweig der Chirurgie interessiren, sich zu einer diesbezüglichen Besprechung am Montag, den 23. September l. J. im Eppendorfer Krankenhause einzufinden. Ein Aufruf liegt dem Programm der Naturforscherversammlung bei. (Münchener med. Wochenschr., 1901, No. 33.)

— *Etwas über Procente.* Die Augustnummer der Deutsch-Amerikanischen Apotheker-Zeitung enthält den folgenden Leitartikel: „Unter dem Titel Aerztliche Ethik brachte vor Kurzem ein hiesiges, in deutscher Sprache erscheinendes Morgenblatt, einen Aufsatz, in dem es hiess, dass einige Apotheker in East New York sich zusammengethan hätten, um gegen den Commissions-Unfug der Aerzte Front zu machen. Es ist uns nicht gelungen,, der Sache auf den Grund zu kommen, dennoch hegen wir die Ueberzeugung, dass der Commissionsunfug oder, treffender bezeichnet, „Hallunkerei", noch in einigen Bezirken vorkommt. Es gab einmal eine Zeit, in der das Commissionzahlen von etwa 25 Procent einigermaassen modern war. Die verstorbenen Collegen könnten viel mehr darüber erzählen, als die lebenden.

Nicht ihnen braucht in dieser unreinlichen Angelegenheit die ganze Schuld aufgeladen zu werden, denn in den meisten Fällen machten Aerzte die Tributgabe zu einer Conditio sine qua non und der Apotheker betrachtete die Transaction einfach vom Standpunkte eines Geschäftsmannes aus und ging darauf ein. Einzelne deutsche Apotheker substituirten nach und nach Weihnachtsgeschenke und andere Aufmerksamkeiten an Stelle der monatlichen Abrechnung mit Procenten.

Diese bestanden jedoch nicht etwa wie in Deutschland aus Morselle, Spir. odoratus und Räucherpulver, sondern aus einzelnen Kisten von Rheinwein, Champagner, Whiskey oder Cognac. Auch die Rücksichtsnahe auf des Doctors Geschmacksorgane hat seitdem bedeutend nachgelassen und zwar hauptsächlich durch das Wirken des unerbittlichen Freund Hein unter den alten Doctoren.

Dass die Procente nehmenden Aerzte etwa zu den weniger geachteten gehören, ist eine unrichtige Annahme, mehrere derselben verkehrten sogar in den besten Kreisen und der Correspondent der N. Y. Ztg. schreibt, dass ihm ein hochgeachteter Professor an einem medicinischen College bekannt

sei, der sich 40 Procent Commission vom Apotheker zahlen liess. Der betreffende Professor, fügt das Blatt hinzu, habe sogar Vorlesungen über ärztliche ‚Ethik" gehalten!

Das Uebel ist unseres Erachtens lange nicht mehr so verbreitet, als manche Leute glauben, wenigstens nicht in der bisherigen Form.

Dass aber Aerzte sich mit Gleichgesinnten verbinden und Geheimmittel verschreiben, die aus einer bestimmten Quelle bezogen werden müssen, ist ein Unfug, der im Zunehmen zu sein scheint. Der Arzt verschreibt etwa zwei Unzen eines Präparates, von dem der Apotheker nicht weniger wie 16 Unzen beziehen kann. Der Apotheker bezahlt dann einen hohen Preis für einen zukünftigen Ladenhüter in Gestalt von 14 Unzen eines Geheimmittels, welches vielleicht niemals wieder verschrieben wird.

Sobald uns weitere Details über diese schmierige Verschreiberei zu Ohren kommen, werden wir unseren Lesern eine Blumenlese davon auftischen.

Kein anständiger, ehrbarer und gebildeter Arzt wird derartige Quarkpräparate verschreiben oder sich mit einem Fabrikanten zur Ausbeutung der Apotheker und der Patienten verbinden — dieses freilich vom alt deutschen Standpunkte aus betrachtet! Heutzutage giebt es jedoch „studirte" Leute, die so klug geworden sind, dass sie schamlose Gaunereien unter schwer durchsichtigen Ueberzügen zu verdecken verstehen.

Die einzigen Bedenken, welche sich ihnen bei der Wahl der Form eines solch lucrativen Geschäftes entgegenstellen, concentriren sich in der Furcht, dem Strafrichter in die Hände zu fallen.

Wir möchten bei Besprechung dieses Themas nicht missverstanden werden und erklären deshalb offen, dass wohl kaum mehr als 10 Procent der hiesigen Aerzte sich in corrupte Practiken, wie die besprochenen einlassen, demnach es also eine recht grosse Anzahl höchst achtenswerther, ehrlicher Männer giebt, die sich davon fern halten."

— *Endemisches Vorkommen der seuchenhaften Haemoglobinurie der Rinder (des sogenannten Texasfiebers) in Deutschland.* Dr. Hans Ziemann, Marinestabsarzt an Bord SMS „Moltke", welcher bereits im Jahre 1897 einen neuen Heerd jener bis dahin nur in Texas, Rumänien, Finnland, im Ager Romanus und Sardinien bekannten, verheerenden Rinderkrankheit feststellen konnte, und zwar im Norden Italiens, südlich von Venedig bei Comachio, hat das endemische Vorkommen jener Krankheit auch in Deutschland erweisen können. Die Krankheit wurde gefunden im Grossherzogthum Oldenburg, im Gebiete des sogenannten Neuenburger Urwaldes. Dort ist sie, wie im ganzen Ammerlande in Oldenburg, seit mindestens 100 Jahren, wahrscheinlich noch viel länger, endemisch und als „Blutharnen des Rindes" bekannt.

Als Krankheitserreger wurde der bereits von Theobald Smith in Amerika als Erreger des Texasfiebers gefundene Blutparasit, das sogenannte Pirosoma bigeminum gefunden. Diese Entdeckung fand statt im October 1900, und erhielt kurz darauf der jetzige Leiter der zoologischen Station in Rovigno, Privatdozent Dr. Schaudinn, davon Kenntniss. In Folge dienstlicher Verhältnisse war es Z. nicht möglich, die für

diesen Sommer an Ort und Stelle geplanten experimentellen Untersuchungen mit eventueller Uebertragung der Krankheit durch inficirte Rinderzecken auszuführen. Nur aus diesem Grunde sieht er sich überhaupt veranlasst, von seinen Resultaten kurz vorläufige Kenntniss zu geben. Es ist mit Sicherheit anzunehmen, dass die unter dem Namen des „Blutharnens der Rinder" in Deutschland dem Thierarzt wohlbekannte Krankheit, die jährlich grossen Schaden bringt und die in den Lehrbüchern der Thierpathologie meist auf den Genuss giftiger Pflanzen zurückgeführt wird, mit dem parasitären Texasfieber mindestens nahe verwandt ist. Mittheilungen über experimentelle Uebertragung der Krankheit, die weitere geographische Verbreitung in Deutschland, wie z. B. im Schwarzwalde, Oberbayern, Westfalen, östlichen Holstein etc., müssen dem späteren Bericht vorbehalten bleiben. Die Feststellung, dass auch das Blutharnen der Rinder in Deutschland bedingt ist durch Blutparasiten, welche, wie in Texas, möglicherweise durch Zecken übertragen werden, dürfte daher von volkswirthschaftlicher Bedeutung sein. (Deutsche Med. Wochenschr., 1901, No. 21.)

Dr. A. JACOBI, 110 West 34. Strasse,

umgezogen nach

19 Ost 47. Strasse.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XIII. New York, September 1901. No. 9.

ORIGINALARBEITEN.

Milchzucker in der Säuglingsnahrung.*)

Von A. Jacobi, M.D., LL.D.

Professor der Kinderheilkunde an der Columbia University, New York.

Dass der Milchzucker der Frauen- und der Kuhmilch gleichartig seien, ist zweifelhaft, und der käufliche Milchzucker ist oft unrein. Es ist daher wünschenswerth oder rathsam, statt desselben Rohrzucker zu gebrauchen, falls dieser dieselben Vortheile bietet. So habe ich nun beinahe ein halbes Jahrhundert gehandelt. Ein Theil jeder Zuckerart wird (gerade wie Dextrin, Pepton und Salzlösung) im Magen absorbirt. Der grösste Theil des Milchzuckers der Milch kann in Milchsäure verwandelt werden, und zwar durch die Wirkung des Bacterium lacto-aerogenes, Bacillus acidi paralactici (nicht identisch mit Hueppe's bac. acidi lactici, s. Y. Kozaiz Hyg. Vol. 31 p. 337) und vielleicht zwanzig andere Microben verschiedener Art. Es mag jedoch noch eine Quelle der Milchsäure geben, welche eine halbe bis eine Stunde nach der Mahlzeit erscheint; denn man ist leicht versucht, zu zweifeln, ob diese kurze Zeit genügt zur Bildung so grossartiger Mengen von Microben, wie für die Umwandlung in Milchsäure erforderlich sind. Möglicherweise giebt es also verschiedene Arten von Milchsäure, welche nicht bloss je nach der Temperatur, in welcher Gerinnung stattfindet, oder nach der Natur des Nährbodens von einander abweichen.

*) Für die Amerikanische Pädiatrische Gesellschaft, Sitzung von 1901, geschrieben.

Die Aufnahme des Milchzuckers braucht übrigens nicht immer eine directe zu sein. Ein Theil des nicht als solcher absorbirten Milchzuckers wird vielleicht (Dastre) durch Microbenarbeit, oder durch Salzsäure, oder durch ein unbekanntes Ferment, in Galactose und Glucose umgesetzt und dann aufgenommen. (Portier, Soc. biol. April 2. 1898.)

Nachdem von dem im Magen enthaltenen Milchzucker acht Zehntel oder ein Procent in Milchsäure verwandelt worden sind, hört die Milchsäurebildung auf. Gewöhnlich ist diese Grenze erreicht, wenn ungefähr ein Viertel des Milchzuckers in Milchsäure verwandelt ist. Wenn um diese Zeit aber die vorhandene Milchsäure durch ein Alkali neutralisirt wird, so wird mehr Milchzucker in Milchsäure verwandelt. Somit hängt die Menge der im Verdauungsapparat vorhandenen Milchsäure und ihrer Derivate von Zufälligkeiten ab, und zwar hauptsächlich von der Gegenwart oder Abwesenheit eines Alkali. Es erhellt aber auch, dass in jeder Kindernahrung, falls mit Kuhmilch zubereitet, Milchzucker genug für die Bedürfnisse des Verdauungsprocesses vorhanden ist. Uebrigens wird ein gewisser Theil des, auch in Frauenmilch eingeführten Milchzuckers, unverändert ausgeschieden, denn Blauberg (Studien über Säuglingsfäces, p. 55) fand, dass trockene Säuglingsfäces von 0.22 bis 0.59 per Cent Milchzucker enthielten. Obendrein fand Escherich, dass Milchpeptone durch saure Gährung zerstört werden, und schliesst daraus, dass, um Uebermaass von Milchsäure zu vermeiden, ein anderes Kohlenhydrat die Stelle des Milchzuckers einnehmen solle. Aus allem dem darf man folgern, dass es leichter ist, zu viel, als zu wenig Milchzucker zu geben, und dass das sorgfältige Messen und Wägen grosser Mengen von Milchzucker von sehr zweifelhaftem Werthe ist, zumal wenn man weiss, oder zu wissen glaubt, dass der verabreichte Milchzucker und Frauenmilchzucker nicht identisch sind. Obendrein sollte übergrosse Gährung im Darmcanal aus anderen Gründen vermieden werden. So hat kürzlich Helen Baldwin (Jour. of Exper. Med., vol. V.) Untersuchungen veröffentlicht, welche beweisen, dass als das Resultat der Darmgährung Oxalsäure gebildet wird. Es scheint aus allem diesem zu folgen, dass meine alte Methode, als Zusatz zu den Milchmischungen, welche für Säuglinge und Kinder bestimmt sind, nicht Milchzucker, sondern Rohrzucker zu wählen,

und zwar in mässigen Mengen, welche ruhig abgeschätzt werden dürfen und nicht pedantisch gewogen zu werden brauchen — Frauenmilch ist auch nicht pedantisch immer dieselbe — correkt gewesen ist und durch moderne Untersuchungen gestützt wird.

Aehnliche Resultate wurden von Rubner, Heubner und Anderen erlangt, während Milchsäure von Wegscheider, Uffelmann und Biedert in den Fäces gefunden wurden. Milchzucker wird also absorbirt, oder in den Fäces ausgeschieden, oder (und zwar zum grössten Theil) in Milchsäure verwandelt. Die letztere sollte nicht im Uebermaass vorhanden sein.

Was ich bisher die Ehre gehabt habe, Ihnen vorzutragen, bildet fast wörtlich einen Theil meines Berichts für die Kindersection des dreizehnten Internationalen Medicinischen Congresses von 1900. Der Gegenstand ist sicherlich von Wichtigkeit wegen seiner Bedeutung für Kinderernährung, welche eine so einfache Aufgabe zu sein scheint, und doch die zu allermeist discutirte und umstrittene Frage ist, deren Beantwortung durch Unsicherheit und wirkliche und eingebildete Schwierigkeiten in's Unendliche vertagt wird. Den Gegenstand, welcher an der Spitze meiner Bemerkungen genannt ist, bringe ich daher noch einmal vor Sie, um vielleicht einen umstrittenen Punkt zu erledigen, statt die ganze Frage der künstlichen Kindernahrung wieder einmal anzuregen.

Als ich anfing, Rohrzucker statt Milchzucker als Zusatz zu der künstlichen Kindernahrung anzuwenden, waren manche der theoretischen Gründe, welche mein Verfahren stützen, noch nicht bekannt, und manche der Versuche, welche gemacht worden sind, um die künstliche Ernährung auf wissenschaftlichen Grundlagen aufzubauen, waren noch nicht ausgeführt. Was ich aber immer als meine Ueberzeugung ausgesprochen habe — schon zu einer Zeit, in welcher manche meiner Gegner oder der grossen Experimentatoren der Jetztzeit noch nicht Willens waren, geboren zu werden — ist dies, dass einsichtige Beobachtungen am Lebenden, besonders wenn tausendfach wiederholt, wenigstens ebenso bedeutsam sind, wie diejenigen, welche am Reagenzglas gemacht werden. Wenn auch die physiologische Arbeit der Ingesta nicht durch die ganze Länge des Nährcanals bewacht werden kann — wir haben eben keinen unfehlbaren physicalischen oder intellectuellen Röntgenapparat, vergl. die abweichenden Resultate der Versuchsstationen, von denen jede Recht

hat und jede bestritten wird — so können wir doch ihre Wirkungen auf Gesundheit und Leben des Kindes beurtheilen.

Wenn diese Wirkungen bewiesenermassen heilsam sind, so kostet es immer mehr oder weniger Zeit, bis chemische und bacteriologische Untersuchungen dieselben bestätigen und als selbstverständlich darstellen. Schon dagewesen. Als Beispiel für diese Behauptung rufe ich Ihnen die allmählige Meinungsverschiebung in Betreff der Verwerthung der (zum Theil aus Stärke bestehenden) Cerealien als Zusatz zur Kindernahrung in die Erinnerung. Kliniker, ältere und jüngere, wie Heubner, Keller oder Gregor, sind zu Ueberzeugungen bekehrt worden, welche zu den fast allgemein angenommenen in geradem Widerspruch stehen. Dazu kommt, dass jetzt Physiologen und Chemiker Beweise für die Verdaulichkeit der Stärke im Nahrungscanal der Neugeborenen zu denjenigen hinzufügen, welche von Schiffer, Zweifel, Korowin u. A. vor beinahe dreissig Jahren geliefert wurden.*) In derselben Weise wird mein Verfahren, Milchzucker durch Rohrzucker in der künstlichen Nahrung zu ersetzen, seinen Weg in die Praxis finden; und wie das so oft geschehen ist, werden Laboratoriumstheorien und Laboratoriumserfolge der Führung von tausend practischen Erfahrungen folgen.

Ich muss eben warten. Die Babies müssen ja auch warten. Aus diesem Grunde habe ich es nicht eilig gehabt, auf eine glimpflich polemische Bemerkung meines berühmten Freundes, Professor Heubner in Berlin zu antworten, welche er in einem seiner äusserst zahlreichen, aber nichtsdestoweniger immer interessanten und gelehrten Artikel über Kinderernährung (Berl. Klin. Woch., April 29., 1901) veröffentlicht hat. In seiner Arbeit „Die Energiebilanz des Säuglings" spricht er von den „Kostformen der verschiedenen Rassen und Völker", von der zunehmenden „Bewegungsfreiheit" in der Ernährungsweise der Gesunden und Kranken, und behauptet, dass „diese neue Richtung in die Auffassung der Ernährung des Kindesalters und im

*) Vergl. die Versuche von E. Garte, Gazetta Botkina, Vol. XII, No. 1, über die Thätigkeit des Pancreas im Foetus und Neugeborenen. Er fand, dass die Infusion des Pancreas der Neugeborenen in physiologischer Salzlösung, vierundzwanzig Stunden im Incubator gehalten, Eiweiss, Stärke und Fett verdaut, und dass schon im vierten Monat des Uterinlebens Pancreassaft abgesondert wird.

Besonderen des Säuglingsalters noch so gut wie gar nicht eingedrungen ist, wenigstens nicht in das bewusste Denken der Kinderärzte," obgleich „Rubner das Gesetz von der isodynamen Vertretung der einzelnen Nährstoffe entdeckt hat." Er betont die gleichmässigen und heilsamen Resultate verschiedener Stoffe: Liebig's Suppe (alt), Keller's Malzsuppe, Heubner's und Hoffmann's und Soxhlet's und Heubner's Milchverdünnung (recht alt), reine Milch, Buttermilch (nicht neu), Gärtner's Milch, und könnte die Zahl bedeutend vermehrt haben.

Zum Beispiel dürften die vielen käuflichen Artikel erwähnt worden sein, mit welchen Biedert, der gelehrteste, vorsichtigste und erfolgreichste, und dabei am wenigsten aggressive und pomphafte Arzt und Schriftsteller experimentirt hat. (Verdauungsstörungen der Kinder, 2. Aufl. 1901.) Auch die Lehren Jacobi's, welche Alwin Hoffmann (Vorlesungen über allgemeine Therapie, 1885, S. 224) für die bisher genügendsten erklärt, hätten nebenbei erwähnt werden dürfen.

Nach der Aussage meines gelehrten Freundes verdanken wir die Möglichkeit einen Säugling mit Resultaten, verschieden von denen vor zwanzig oder dreissig Jahren, zu ernähren, ausschliesslich den Arbeiten Rubner's. Wenn „die jüngeren Fachgenossen" bei den Arbeiten dieses verdienten Forschers (besonders vom Jahre 1897) „nicht gleichgültig vorbeigehen wollen", so werden „sie da vielleicht auch wohl bemerken, wie hübsch es sich ausnimmt, wenn Jacobi die Kenner der Rubner'schen Schriften über den Einfluss der Aussentemperatur auf die Zersetzung und Wärmebildung des Organismus belehrt." Wenn es sich um die Lust zu lernen handelt, und um das bereitwillige Eingeständniss, dass ich seit dreissig Jahren, da er seine beste und epochemachende Arbeit lieferte, vom Collegen Heubner fortwährend lerne, so bin ich gewiss „ein jüngerer Fachgenosse." Als solcher nun darf ich sagen, dass ich, auch ohne Rubner zu kennen, und bevor er geboren war, ohne Priorität zu beanspruchen, seit fast einem halben Jahrhundert nach denselben Principien und Methoden gearbeitet habe. Uebrigens bin ich fest überzeugt, dass Rubner, der die Geschichte seines Gegenstandes kennt, weit davon entfernt ist, für die Hauptprincipien, von denen ausgehend er seine Untersuchungen, allein oder mit Heubner, angestellt hat, Priorität in Anspruch zu neh-

men. Am allerwenigsten aber darf ich es mir einfallen lassen — die Zeit ist nämlich seit fünfzig Jahren für mich vorüber — Majestätsbeleidigungen auszustossen, welche darin bestehen würden, die letzten Versuchsergebnisse eines Forschers oder den jetzt gerade letzten Journalartikel eines Schriftstellers nicht mit weithinschallender Stimme ecstatisch zu begrüssen. Auf der anderen Seite kann es mir nicht in den Sinn kommen, wie Heubner mir unterschiebt, die „durch lange und ernste Arbeit eines unserer ersten Ernährungsphysiologen gewonnene Erkenntniss mit einigen spöttischen und wegwerfenden Bemerkungen abthun" zu wollen.

College Heubner sagt, dass meine durch ihn von S. 17, Band 31 des Archivs für Kinderheilkunde stückweise citirte Bemerkungen, ihn „gänzlich kühl lassen." Es mag wichtig sein, das zu wissen. Dahingegen erlaube ich mir zu bemerken, dass seine Bemerkungen über die uns Beide gleicherweise interessirenden Fragen über Kinderfütterung weit entfernt davon sind, mich gänzlich kühl zu lassen, im Gegentheil, mein Herz in seine innersten Falten erwärmen. Seit manchem Dutzend Jahre habe ich die Grundsätze und Handlungsweisen, welche in seinen letzten Arbeiten befürwortet werden, gepredigt. Es ist wahr, die charaktervollen Worte „Energiebilanz" und „Energiequotient" sind ganz modern. Aber ich habe gewusst und gelehrt, dass es unangebracht ist, die Ernährung des kleinen Kindes auf eine unabänderliche Formel zu beschränken; habe die Identität von Kuh- und Frauenmilch geleugnet; habe ihre Gleichwerthigkeit bestritten, auch wenn die erstere präparirt und modificirt war; habe, auf Erfahrung und Experimente gestützt, die Verdaulichkeit und Nützlichkeit des Zusatzes einer gewissen Menge von Cerealien (Amylum enthaltend) behauptet; habe die wohlthätige Accommodationsfähigkeit der Natur gegenüber den dictatorischen Aeusserungen von Laboratoriumstyrannen, Chemikern, Bacteriologen, Milchproducenten und anderen Autoritäten bewiesen; habe Jahrzehnte auf Jahrzehnte practischer Proben meines Verfahrens gehäuft, wie ich es europäischen Lesern im ersten Theile von Gerhardt's Handbuch (1876 und 1882) zuerst mittheilte, und seit vierzig Jahren meinen amerikanischen Studenten und Lesern vorgetragen habe; habe auch ruhig zugesehen, wenn ich von europäischen Arbeitern im selben Felde (freilich auch von meinen Landsleuten) kaum jemals erwähnt

wurde, und habe endlich gefunden, dass meine Lehren und Methoden, langsam und schwierig, nach endlosen Artikeln und Entdeckungen durch andere, als wahr erkannt und practisch verwerthet werden. Kein geringerer als Heubner ist allmählich zu meiner Anschauungsweise bekehrt worden. (Berl. klin. Woch., 1895, No. 10, und oft seither.)

Die Wahrheit zu sagen, neigt sich die Wagschale zu meinen Gunsten vielleicht ein wenig zu viel und in ungehörigem Grade. Man kann auch zu weit gehen, wie z. B. meiner Ansicht nach Gregor (Jahrb. f. Kinderh., Bd. 30), der stärkemehlhaltige Nahrung hoch empfielt und sogar Rhachitische mit nichts besser gedeihen sieht. Diese und ähnliche Auswüchse werden sich schon corrigiren. Sie sind die Folgen von dem Mangel an Kenntniss desjenigen, was schon dagewesen; von der Ueberspecialisirung der Praxis und derjenigen Forschung, welche die Fühlung mit der Praxis verloren hat; von der übergrossen Arbeitstheilung, welche Fertigkeiten schafft, aber keine Aerzte; von der Rivalität der „Schulen", das heisst heutzutage der klinischen Laboratorien einer speciellen Universität; von dem Schnellwachsthum der Erzeugnisse der Druckerei; von dem Ehrgeize klinischer Lehrer, welcher unreife Studenten aneifert, „Studien" oder „Arbeiten" in einer Anstalt zu machen, welche von denselben für kurze oder lange Zeit oder für immer, während sie nur ein Eckchen ist, für die Welt angesehen wird. Kein Wunder daher, dass die Literatur voll ist von unreifen Producten, Prioritätsansprüchen und lautem Gackern über die eben gelegten Eier. Was sagt doch die Henne bei Claudius:

„Erst leg' ich meine Eier,
Dann recensir' ich sie."

Also — weit davon entfernt mich kühl zu fühlen, macht mich die moderne Wendung der Dinge warm und behaglich. Es muss ja bald die Zeit kommen, in der man anerkennen wird, dass der grösste hauptsächliche Fortschritt in der künstlichen Kinderernährung, der jemals gemacht worden ist, absolute Reinlichkeit ist. Was Asepsis in der Chirurgie genannt wird, heisst Keimfreiheit in der Milch. Die Anerkennung der Thatsache, dass Physiologie keine Chemie ist und keine Mathematik, dass die Natur nicht in Schablonen arbeitet, dass weder Laboratoriumsresultate allein, noch Kinderfutter- und Milchfabri-

kanten, noch Actieninhaber den Stein der Weisen gefunden zu haben brauchen, und die Schätzung dessen was vor uns gefunden ist (z. B. die Verdaulichkeit kleiner Mengen von Stärke), wird der Wissenschaft Ehre machen und dem Volkswohl nützen.

Einer der letzten Beiträge der Milchzuckerliteratur kommt von Joseph Precht.*) Nach ihm ist die Nichtidentität von Kuh- und Menschenmilch-Casein von grosser Wichtigkeit, denn Milchzucker muss nothwendigerweise, wenn auf die verschiedenartigen Substanzen einwirkend, ein verschiedenes Resultat erzielen. Das Casein wird durch phosphorsaures Calcium in Lösung gehalten; die Milchsäure trennt die Phosphorsäure vom Calcium. Wenn Milchsäure im Ueberschuss vorhanden ist und das active Phosphat zerstört, so wird Casein aus seiner Lösung ausgeschieden und verliert seine Leichtlöslichkeit auf die Dauer.

Kuhmilch enthält dreimal so viel Casein wie Frauenmilch, und viel weniger Milchzucker (3:5,6). In diesem relativen Verhältniss der Bestandtheile der Kuhmilch bleibt Kuhmilch-Casein in Lösung. Wenn dieses Verhältniss durch den Uebermass von Milchzucker, welcher zur Kuhmilch hinzugefügt werden soll, gestört wird, so wird ihr Casein durch Niederschlag unverdaulich. Die Störung besteht in der Verabreichung von Milchzucker in dem übergrossen, in der Kuhmilch nicht zu findenden, Verhältniss, in welchem er in der Frauenmilch anzutreffen ist. Immer wieder kommen wir mit Nothwendigkeit darauf zurück, dass neben der Wage die Physiologie des Kinderdarms auch ein Wort mitzureden hat. Nur Frauencasein, obgleich dreimal weniger an Menge, wird von einer fast doppelten Menge von (aus Milchzucker erzeugter) Milchsäure nicht niedergeschlagen.

Künstliche Nahrung verlangt den Zusatz von Zucker. Man ist, wie gesagt, gewöhnt, zur Kuhmilch so viel Milchzucker hinzuzufügen, wie in Menschenmilch gefunden wird. Es ist gezeigt worden, dass dieses Verfahren unthunlich ist. Der Zusatz von gleichen Theilen reinen Wassers, den ich für unzweckmässig halte, würde sechs Procent verlangen; der von Cerealienablöschung um ein Procent weniger, wegen ihres Ge-

*) Jahrbuch f. Kinderheilk. 53, 1901: „Ist Milchzucker ein vortheilhafter Zusatz zu Kindermilch?"

haltes an Kohlehydrat. Diese Bemerkung sollte sich Denjenigen als höchst annehmbar erweisen, welchen von chemischen Rücksichten aus die Gleichwerthigkeit von Kohlehydraten in der Kinderfütterung plausibel geworden zu sein scheint.

Statt des Milchzuckers, des normalen Bestandtheiles der Menschenmilch, enthalten manche der käuflichen Kindermehle Traubenzucker. Die Fabrikanten erinnern uns daran, dass jeder Zucker in Traubenzucker umgewandelt wird. Rohrzucker ist leichter zugänglich, dient demselben Zweck ebensogut, hat dieselbe chemische Zusammensetzung ($C_{12}H_{22}O_{11} + H_2O$) und wird ebenso in Milchsäure verwandelt. Soxhlet, ein grosser Chemiker, aber doch nur Chemiker, und Heubner und Hofmann gehen über die sechs Procent stark hinaus, und zwar mit der Absicht, den angenommenen Fettmangel*) der Kuhmilch durch ein anderes Kohlehydrat zu ersetzen, und den Erfolg, dass die Calorientherapie sich wohl in's Fäustchen lachen mag, die Gedärme aber den Schaden davon besehen.**)

Epstein fand, dass ein Kilo Baby, immer vorausgesetzt, dass dasselbe gesund ist, mehr als 12 Gramm Milchzucker täglich haben solle. Dyspeptische Kinder vertragen sehr viel weniger. Das ergiebt für ein sechsmonatliches Kind, das 8 bis 9 Kilo wiegt, einhundert oder mehr Gramm Milchzucker täglich, etwa 1600 bis 1800 Gramm Muttermilch entsprechend.

In seiner Bevorzugung des Milchzuckers gegenüber anderen Zuckerarten ist Soxhlet sehr bestimmt und sogar be-

*) Es wird über den Unterschied des Fettgehalts in den zwei Milcharten zu viel Lärm gemacht. Zahlreiche gute Analysen ergeben 3.8 Procent für Frauenmilch, 3.7 für Kuhmilch.

**) P. Zweifel (Aetiologie, Verhütung und Therapie der Rhachitis, 1900, S. 127) glaubt, gefunden zu haben, dass die Mischung von gleichen Theilen von Kuhmilch und einer sechsprocentigen Milchzuckerlösung verdaulicher ist, als reine Kuhmilch. Für ganz junge Kinder sollte es sich endlich von selbst verstehen, dass Kuhmilch verdünnt werden muss. Das Jubelgeschrei der Journalartikel, die mit Stolz darauf hinweisen, dass eine Reihe von Säuglingen (sogar) mit reiner Kuhmilch trefflich gedeihen oder nicht umgebracht wurden, dürfte endlich verstummen. Bei Zweifel ist übrigens Milchzucker der Chlornatriumlösung minderwerthig. Denn er findet, dass eine 0.2- bis 0.6-procentige Lösung von Kochsalz mit einer gleichen Menge Milch vermischt, dieselbe noch viel verdaulicher mache.

redt. Als Chemiker weiss er, dass der grössere Theil des eingeführten Milchzuckers unverändert in den Dünndarm übergeht, und dass das Meiste dieses grossen Restes in Milchsäure verwandelt wird, braucht aber nicht nothwendigerweise zu wissen oder mag übersehen, dass er Durchfall verursachen kann — in der That gebrauchen ihn manche Practiker wegen seiner abführenden Wirkung — und Flatulenz und Kolik. Nur ein Chemiker, kein Physiolog und kein einsichtiger, beobachtender Practiker wird die Gleichwerthigkeit der Kohlenhydrate (Zucker und Fett) berechnen wollen oder zur beliebigen Durchführung empfehlen, wenn es sich um die Ernährung des Säuglings handelt. Obendrein muss abführende Wirkung dem Nähr- oder Verdauungswerth Abbruch thun. Muss man immer wiederholen, dass Babies keine Chemiker sind und sich bei ihren physiologischen Functionen nicht an Formeln halten.

Grosse Mengen Milchzucker verursachen Durchfall, wie ich, Neumeister und viele Andere von Zeit zu Zeit beobachtet haben. Die Mengen brauchen nicht einmal gross zu sein. Erfahrung hat mir frühzeitig gezeigt, dass, wie ich seit vierzig Jahren in Wort und Schrift gelehrt habe, eine Kleinigkeit Zucker, wenige Gramm, in 1—2 Theelöffel warmen Wassers aufgelöst, habituelle Verstopfung mancher Säuglinge heben.

Wegen dieser Wirkung wird von Volkswegen dem Neugeborenen Zucker in warmem Wasser oder aromatischem Thee eingeflöst. Solche Medication ist jedoch selten angezeigt, denn Meconium ist nicht oft so solid, oder der Dickdarmschleim so verhärtet, dass ihre Verdünnung nothwendig ist. Immerhin aber giebt es solche Fälle. Indessen behauptet A. Keller, der ausgezeichnete Gehülfe und Mitarbeiter Czerny's, dass Zucker keineswegs gleichgültig oder schadlos sei. Beide opponiren dem Gebrauch des Zuckers bei Neugeborenen, und rathen dafür Saccharin an, als absolut einwandfrei.*) Sie halten für den ersten Lebenstag nichts als „Thee" mit Saccharin für erlaubt, weil Fütterungsversuche mit Zucker bisweilen, wenn nicht immer, zu

*) Ein Einwand dürfte gelegentlich seine ausserordentliche Süssigkeit sein, besonders wenn wir uns erinnern, dass Colostrum weniger süss ist als Milch, und dass Milchzucker schon weniger löslich und weniger süss ist als Rohrzucker.

Darmstörungen geführt haben. Worauf stützt sich diese Behauptung? Nun ja, auf die Thatsache, dass Jensen (Ergebnisse d. allg. Pathol. v. Lubarsch und Ostertag, 1897, p. 826) an neugeborenen Kälbern mit gekochter Milch Versuche gemacht hat, welche fast immer eine haemorrhagische Diarrhoe verursachten.*)

Früher (nur früher?) wurde die Ernährung des Neugeborenen von einem anderen Standpunkte aus behandelt. Es wurde für grausam oder schädlich gehalten, den gewöhnlichen oder häufigen Gewichtsverlust der ersten Tage oder Woche zu gestatten; es wurde ängstlich nach Mitteln gesucht, die Absonderung der Muttermilch zu befördern; oder es wurden Substitute geplant, um die Gewichstverluste früherer Zeiten sich nicht wiederholen zu lassen. Jetzt aber sagt man uns, dass alle Beobachtungen von Jahrhunderten und alles Denken von Geburtshelfern und Aerzten auf Nichts hinauslaufen, weil eines Mannes Versuche an Kälbern, im Jahre 1898 angestellt, haemorrhagische Diarrhoe verursachten — in Kälbern. Diese Kälber ont changé tout. Menschliche Neugeborene, wenn sie Gewicht einbüssten, betrachtete man als die Opfer ungünstiger Umstände, des Mangels oder falscher Beschaffenheit der Muttermilch, oder einer Krankheit der Mutter. Jetzt, nach einer Woche Gewichtsabnahme, ist das Neugeborene genau wo es sein soll; das Versuchskalb beweist, dass das Baby um die Zeit drei- oder fünfhundert Gramm weniger wiegen soll, als bei der Geburt — von Rechtswegen. Risum teneatis.

Frauenmilch enthält nach der ersten Säugungswoche mehr Milchzucker als Kuhmilch. In der ersten Woche ist der Procentsatz niedrig. Söldner**) fand 2.22—3.13 Procent bis zur einundsechzigsten Lebensstunde, Edlefsen†) 3.9 Pro-

*) Czerny u. A. Keller: Des Kindes Ernährung u. s. w., 1901, S. 7.

**) Z. f. Biol., 1898, Vol. 33.

†) Münch. M. W., Jan. 1., 1901. Seine Zahlen sind:

	Alb. Summe.	Casein.	Alb.	Fett.	Zucker.
1. Tag	2.695	1.810	0.885	3.225	3.590
2. Tag	1.875	1.160	0.715	3.035	5.150
	1.000	0.440	0.560	3.640	7.060
	0.843	0.375	0.468	3.415	5.835
	0.835	0.310	0.525	4.105	5.950

cent am dritten Tage, P f e i f f e r 3.36 um dieselbe Zeit. Am achten Tage hebt sich der Procentsatz auf sechs, nachher sehr wenig höher; nach S ö l d n e r am hundertsiebenzigsten Tage auf 6.39, niemals über 6.87. Man möge sich aber erinnern, dass die Milch verschiedener Weiber in verschiedenen Perioden der Säugung, und unter den verschiedensten Umständen Veränderungen unterworfen ist. Und die Kinder merken es in den allerseltensten Fällen. Die Natur ist kein fanatischer Doctrinär und regulirt Diät nicht hinter dem Tisch eines Laboratoriums der Chemie. Es würde unseren S o x h l e t s und auch kleineren Leuten eine Wohlthat sein, wenn sie gelegentlich auch ein wirkliches lebendiges Baby sehen würden. Sagte noch H e u b n e r vor einem kurzen Jahre*): „Wir sind glücklicherweise weit genug fortgeschritten, um nicht mehr an unsere Abhängigkeit von Laboratoriumsversuchen in der Ernährung der Kinder gebunden zu sein. Jahrzehnte hindurch haben wir an der Thatsache zu leiden gehabt, dass wir zu eifrig bemüht waren, das Laboratoriumsexperiment in der Praxis anzuwenden."

Es lohnt sich, zu wiederholen, dass das Colostrum der ersten Tage neben einem hohen Procentsatz an Albuminaten wenig Zucker enthält, sogar weniger als in Kuhmilch enthalten ist. Ein Uebermass von Zucker, in Wasser oder künstlicher Nahrung gegeben, ist daher nicht gerade, was das Neugeborene ein Recht zu haben scheint, zu erwarten. Uebrigens scheint der Teleologiker bei diesem Befunde in's Gedränge zu kommen, wenn er sich fragt, welchen tief angelegten, und von dem Kinderfutterproducenten nachzuahmenden „Plan" die allweise und allgütige Natur, oder Vorsehung, im Kopf hatte, als sie zu Anfang Albuminate und Zucker in abnormem Verhältnisse in die Milch zwang, um schleunigst in die spätere Norm einzulenken. Schliesslich, wenn der gewählte Zucker Milchzucker ist, so soll auch in Betracht gezogen werden, dass, wie schon gesagt, der Milchzucker der Frauen- und derjenige der Kuh-

*) Verein für innere Medicin, Sitzung vom 2. Juli 1900, und viele Jahre vor ihm klagte F l ü g g e, dass wir uns „von Leuten haben leiten lassen, welche weder Hygieniker, noch Aerzte sind, sondern Chemiker, Gutsbesitzer oder Apotheker."

milch nicht identisch sind*), und dass der käufliche Milchzucker sehr oft unrein ist.

Im Zusammenhange mit dem Gegenstande sagt E. F. Brush**): „Ich halte den Gebrauch des im Handel befindlichen Milchzuckers als Zusatz der Kinderernährung für einen Missgriff; denn unzweifelhaft befinden sich die crystallisirbaren Salze der Milch im Milchzucker. Aus diesem Grunde wissen wir nur sehr unvollkommen, womit wir ein Kind füttern, wenn wir Milchzucker geben. Wenn die Milch, von welcher Milchzucker auskrystallisirt wird, unpassende vegetabilische Salze enthält, so werden diese mit dem Zucker und viele normale Salze werden als milchsaure ausgeschieden. Deshalb, wenn Zucker überhaupt gegeben werden soll, was ich nicht als unabänderliche Nothwendigkeit ansehe, so ist der reine Rohrzucker unzweifelhaft der beste, weil man genau weiss, was er ist."

Unter den Klinikern, welche Rohrzucker dem Milchzucker vorziehen, und „keine Unzweckmässigkeit" in dieser Praxis finden, ist Marfan. Sein erster Grund für diese Wahl ist die häufige Adulteration des Marktmilchzuckers. Neben den Darm- und Ernährungsstörungen, welche durch Uebermass von Milchsäurebildung verursacht werden, giebt es noch andere Gefahren. Milchsäureüberschuss scheint schädliche Wirkungen auf die Ernährung auszuüben, so dass sogar Rhachitis durch ihre chemische Action erklärt wurde. Neben Essig,- Oxal- und Ameisensäure wurde Milchsäure als Ursache der Rhachitis angeklagt von Ch. Heitzmann 1873, Tripier 1875, Heiss 1876, Siedamgrotzky und Hofmeister 1879, während Albarel sich mit ihren Beobachtungen nicht einverstanden erklärte. Meinungsunterschiede der Art sind übrigens zahlreich. Schmidt und O. Weber haben vor langer Zeit Milchsäure in den Knochen von Thieren gefunden, welche mit Milchsäure gefüttert wurden; Marchand und Gorup-Besanez im Urin; während Virchow und Lehmann Knochen und Blut alkalisch fanden. Uebrigens soll man bedenken, dass Rhachitis mehr bedeutet, als blosse übermässige Elimination von Kalk durch Nieren und Eingeweide. Ihre Nosologie ist nicht vollständig ohne die

*) A. Schlossmann: Unterschiede zwischen Kuh- und Frauenmilch, Leipzig 1898.

**) Milk, 1898, p. 63.

weiche hyperämische Schwellung des Periepiphysenknorpels, der Epiphysen und des Periosts, auch Verbiegung der Knochen. Deshalb sollte die Gegenwart von Milchsäure im Blutlauf nicht als die Ursache der Rhachitis angeklagt werden. Aber es ist sicher, dass durch unpassende Mengen von Milchsäure der Gehalt des Urins, oder der Fäces, oder beider, an phosphorsaurem Kalk schnell und bedeutend vermehrt wird, und dass die Knochen eines Theils ihres Kalks verlustig werden.*)

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Münchener Medicinische Wochenschrift.

1. A. Bier: *Die Transfusion von Blut, insbesondere von fremdartigem Blut, und ihre Verwendbarkeit zu Heilzwecken von neuen Gesichtspunkten betrachtet.*

Nach B. haben wir in der Thierbluttransfusion ein Mittel in der Hand, die grossartigsten vorübergehenden Hyperämien mit nachfolgender, länger dauernder seröser Durchtränkung in inneren Organen und in der Haut hervorzurufen, und diese Ueberlegung war es in erster Linie, welche ihm den Gedanken eingab, die Thierbluttransfusionen wieder aufzunehmen. Das von B. eingehend beschriebene Verfahren hat den Vortheil, dass die Technik sehr leicht und einfach ist, und dass wir die gewünschten Veränderungen im Körper, je öfter wir die Transfusion ausführen können, immer leichter und mit weniger fremdem Blut ausführen können, weil das Blut des Empfängers haemolytische Eigenschaften bekommt. Die Transfusionen wurden von B. lediglich mit frischem defibrinirtem Blut von gesunden Hämmeln ausgeführt. B. fasst die Wirkungen der Thierbluttransfusion, welche möglicherweise einen heilenden Einfluss auf Krankheiten ausüben können, in folgender Weise zusammen:

1. Die Möglichkeit, vorübergehende Hyperämien, auf capillarer Stauung beruhend, und seröse Durchtränkung der verschie-

*) Wegen dieser Wirkung der Milchsäure, speciell wegen ihres eliminirenden Einflusses auf Kalk (einschliesslich der diuretischen Wirkung), der in Gestalt von Salzen entfernt wird, giebt Rumpf Milchsäure in denjenigen Fällen von Angina pectoris, welche von Verkalkung der Blutgefässe abhängen, und zwar ungefähr 15 Grammes täglich Monate lang. Natürlich soll dabei die Nahrung möglichst frei von Kalk sein. (Fleisch 250,0, Brot, Fisch, Kartoffeln, Aepfel, von jeden 100,0, auch grüne Bohnen, Erbsen, Gurken, keine oder wenig Milch, Käse, Eier, gelbe Rüben und Spinat.)

denen Körpertheile, auch der innersten, hervorzurufen. Nach den Erfahrungen, welche mit Arzneimitteln gemacht wurden, ist es nicht unwahrscheinlich, dass diese Veränderungen der Circulation gerade in den kranken Theilen am hochgradigsten auftreten werden.

2. Eine mächtige Anregung des Stoffwechsels und des Appetits.

3. Das hohe „aseptische" Transfusionsfieber.

4. Möglicherweise auch die Aenderung der Blutbeschaffenheit, welche die Einspritzungen hervorbringen. (1901, No. 15.)

2) W. Petersen: *Zur Behandlung der Bauchschüsse.*

MacCormac fasst die im südafrikanischen Kriege gemachten Erfahrungen ebenso kurz wie drastisch in die Worte zusammen: „Ein durch den Bauch Geschossener stirbt in diesem Kriege, wenn man ihn operirt, und bleibt am Leben, wenn man ihn in Ruhe lässt." Eine nähere Betrachtung dieser zunächst so überraschenden Kriegserfahrungen ergiebt jedoch, dass dadurch die bisherigen Principien der Friedenschirurgen nicht im geringsten berührt werden. Die Bedingungen einer Opration sind im Frieden viel günstiger: die Einrichtungen zur Laparotomie sind entweder vorhanden oder lassen sich schnell herrichten. Weit wichtiger ist es aber, dass die Bedingungen der Naturheilung im Frieden viel ungünstiger sind. Die Darmlöcher unserer Friedens-Schussverletzungen sind von durchaus anderer Grösse und Beschaffenheit, wie die in Südafrika beobachteten. Die Verletzungen erfolgen zumeist durch Geschosse von weit geringerer Durchschlagskraft, oft auch von grösserem Kaliber, wie dort; zudem sind die Intestina der Verletzten gewöhnlich mehr oder weniger gefüllt. Ein Spontanverschluss ist daher nur in den allerseltensten Fällen möglich.

Zur weiteren Präcisirung dieser Anschauungen theilt nun Verf. die bisherigen Erfahrungen der Heidelberger chirurgischen Klinik mit, und giebt in Kürze die Geschichte von 10 Fällen bekannt, von denen 2 conservativ behandelt worden waren: einer davon, ein Magenschuss, kam durch, der andere, ein Darmschuss, starb. Operirt wurden 8 Fälle. Der 1. Fall, ein Böllerschuss, kann wegen seiner Besonderheiten ausgeschaltet werden. Von den 7 übrigen kamen 5 durch, 2 starben. Die Geheilten wurden operirt 3, 13, 23, 24 und 40 Stunden nach der Verletzung; die 2 Gestorbenen 13 und 15 Stunden nach der Verletzung; diese beiden wurden erst zur Klinik geschickt, nachdem sie eine Nacht mit Eis und Opium behandelt waren; sie sind also mit gutem Recht nicht als Misserfolge der operativen, sondern als solche der conservativen Behandlung aufzufassen. Wenn auch die Zahlenreihe nicht gross ist, so lässt dieselbe doch den Schluss zu, dass von diesen Fällen alle nach der Operation Geheilten ohne Operation verloren waren und dass alle nach der Operation Ge-

storbenen auch durch keine andere Behandlung zu retten waren.

Von gegenwärtigem actuellem Interesse ist der als Magenschuss berichtete Fall: Heinrich V., 55 Jahre. Der Patient brachte sich am 7. X. 99 7 Uhr Abends bei einem Selbstmordversuch einen Revolverschuss in der Herzgegend bei. Er wird nach 2 Stunden zur Klinik gebracht. Status: Pat. ist etwas anämisch; Puls 80, mittelkräftig. Einen Schuss im 6. Intercostalraum links, 4 cm nach innen von der Mammillarlinie; die Kugel liegt dicht unter der Rückenhaut links neben dem 9. Brustwirbel, wo sie leicht entfernt werden kann. Links etwas Pleuraerguss; Abdomen weich, ohne Dämpfung und Druckschmerz. Nach der Lage des Ein- und Ausschusses musste jedenfalls eine Verletzung des Unterlappens der linken Lunge und mit Wahrscheinlichkeit eine Perforation des Magenfundus angenommen werden; diese Annahme bestätigte sich, als am 5. und 6. Tage reichlich Blut mit dem Stuhl abging. Dabei keinerlei Zeichen einer Peritonitis; nur bestand vorübergehend Dämpfung in der linken Lumbalgegend, die vielleicht durch Blutung bedingt war. Kein Erbrechen. Neun Tage Ernährung durch Clystire. Am 15. Tage entleert sich aus der hinteren Wunde reichlich Eiter, von da ab glatter Verlauf. Pat. wird nach 3 Wochen in gutem Befinden entlassen.

Zur vorstehenden Krankengeschichte bemerkt Verf. Folgendes: „Diese interessante Beobachtung illustrirt die auch sonst schon gemachte Erfahrung, dass die Schüsse des Magenfundus zu den ungefährlichsten perforirenden Bauchschüssen gehören, vorausgesetzt, dass der Magen bei der Verletzung nicht allzu sehr gefüllt war. Es ist dies ja leicht verständlich; der Mageninhalt ist nie so infectiös wie der Darminhalt und den Magenfundus kann man besser leer halten, als irgend einen Theil des Darms."

Die Resultate seiner Arbeit fasst P. in folgende Schlusssätze zusammen:

1. Bezüglich der Behandlung der Bauchschüsse sind die Erfahrungen des süd-afrikanischen Krieges in keiner Weise maassgebend für unsere Friedensverhältnisse: die Bedingungen der Operation waren dort viel ungünstiger, die Bedingungen der Selbstheilung dagegen viel günstiger, als bei uns im Frieden.

2. Bei jedem Bauchschuss ist bei dringendem Verdacht auf Perforation die sofortige Operation unbedingt angezeigt.

3. Da in der ersten Zeit die Diagnose meist unsicher ist, da zugleich mit jeder Stunde des Abwartens die Prognose der Operation ungünstiger wird, so ist jedes Abwarten viel gefährlicher als die Probeincision.

4. Abwartende Behandlung kann jedenfalls nur gestattet sein unter dauernd sachgemässer Aufsicht. (1901, No. 15.)

3) Nehrkorn: *Multiplicität primärer maligner Tumoren.*

Aus der Arbeit des Verf. lässt sich ersehen, dass bisher in aetiologischer Beziehung nur für specielle Fälle multipler Carcinombildung positive Ergebnisse errungen sind. Die Disposition, die anscheinend eine gewisse Rolle bei den Organsystemerkrankungen spielt, bleibt auch so lange Vermuthung, als das Dunkel, das noch immer über dem Wesen der Krebsnoxe liegt, nicht gelichtet ist. Das anscheinend zuweilen recht willkürliche Zusammentreffen krebsiger Erkrankungen an verschiedenen Organen ist noch durch keine Hypothese der Aufklärung näher gebracht worden. Die Voraussetzung einer allgemeinen Disposition einzelner Individuen würde uns in die Lehren der Humoralpathologie zurückversetzen. Zumeist werden die fraglichen Fälle als Werke des Zufalls angesehen. Vielleicht kann man aber bei der im Verhältniss zu der ausserordentlichen Häufigkeit der malignen Tumoren überhaupt immerhin grossen Seltenheit ihres multiplen primären Auftretens sowohl die Voraussetzung einer allgemeinen Disposition als den Begriff des Zufalls entbehren, wenn man sich unter Berücksichtigung der Statistik der malignen Tumoren, ihrer Verlaufsdauer u. s. w. schätzungsweise darüber Rechenschaft giebt, wie häufig etwa eine combinirte Erkrankung mit einer gewissen Gesetzmässigkeit zu erwarten ist. (1901, No. 15.)

4) F. Fromme: *Die Verwerthbarkeit der Glutoidkapseln für die Diagnostik der Darmerkrankungen, speciell der Erkrankungen des Pankreas.*

Verf. kommt durch seine Untersuchungen zu den folgenden Resultaten:

1. Tritt die Glutoidreaction innerhalb der Normalzeit, d. h. innerhalb 3½—5 Stunden auf, so beweist das unter allen Umständen, erstens eine gute Magenmotilität, zweitens eine gute Pancreasfunction.

2. Tritt die Glutoidreaction später als nach 7 oder 8 Stunden ein, so kann das auf verschiedenen Gründen beruhen. Erstens können die Capseln durch die verschiedensten Ursachen im Magen zurückgehalten worden sein, ja, sie brauchen unversehrt den Magen gar nicht verlassen zu haben, sondern sie haben sich in ihm gelöst und der Inhalt ist später im Darme zur Resorption gelangt. Denn wir haben ja kein Mittel, nachzuweisen, dass die Capseln noch im Magen sind. Es kann aber zweitens auch die Pancreasfunction unzureichend sein. Dieser Schluss darf jedoch immer nur mit grosser Vorsicht gezogen werden. Eine Bestimmung der Magenmotilität mit der Ausheberungsmethode ist bei der Anwendung von Glutoidcapseln unerlässlich. (1901, No. 15).

5) G. Spiess: *Ein neuer Gesichtspunkt in der Behandlung des Keuchhustens.*

S. geht von dem Gesichtspunkte aus, die Schleimhaut in Kehl-

kopf und Luftröhre local zu anästhesiren resp. hypästhesiren, dass reflectorisch der Krampf der Glottisschliesser nicht zu Stande kommen kann. Eine Anästhesie ist nicht erforderlich, nur eine Hypästhesie, eine Aufhebung der Reflexerregbarkeit. Hierzu benützt nun S. das Orthoform, das auch durch die unversehrte Schleimhaut leicht anästhesirend wirkt, ausserdem — die Fälle von Idiosyncrasie ausgenommen — ganz unschädlich ist. Zur Application des Orthoforms bedient sich S. ausschliesslich des von *Kabierske* angegebenen Pulverbläsers. Das Orthform (neu) kommt in Substanz, rein, ohne jeglichen Zusatz, in möglichst feiner Verpulverung, in das Glasgefäss. Ein leichter Druck auf den Ballon genügt, um eine feinste Staubwolke hervortreten zu lassen. Bläst man zu stark das Pulver heraus, so werden die einzelnen Staubtheilchen eine zu starke Vorwärtsbewegung haben und werden beim Versuch zu inhaliren, gegen Gaumen und hintere Rachenwand geschleudert. Die Spitze des Instrumentes wird gerade zwischen die geöffneten Lippen gehalten und während des Austritts der Pulverwolke tief inspirirt. Die Menge des inhalirten Pulvers ist so gering, so fein ertheilt, dass sie kaum einen Reiz im Kehlkopf auslöst, auch ein nicht zu unterschätzender Vortheil in der Kinderpraxis, da die Kinder dadurch keine unangenehmen Empfindungen bemerken, die sie gegen das Mittel sich zu sträuben veranlassen könnten. Bei Kindern von 3—4 Jahren aufwärts wird man zweistündlich 3—4 Inhalationen machen lassen, bei kleineren Kindern aber immer noch 3—4 Inhalationen im Laufe des Tages, erforderlichen Falles auch noch des Nachts. Die erste Insufflation wird der behandelnde Arzt selbst vorzunehmen haben, wird den Patienten oder Pflegern die Anwendung zeigen, dann werden letztere selbst die Einblasungen ausführen: einigermaassen verständige Kinder sollten sie sich selbst machen. (1901, No. 15.)

6) M. Hönigsberger: *Zur Behandlung der Rachitis mit Nebennierensubstanz.*

Die im Reisingerianum in München in dieser Beziehung gemachten Erfahrungen und Beobachtungen fasst Verf. dahingehend zusammen, dass sich die Angaben *Stöltzner's* grösstentheils nicht bestätigt haben. Es geht vielmehr aus den mitgetheilten Krankengeschichten hervor, dass die Nebennierensubstanz keine specifische Wirkung auf die Rachitis ausübt. Dagegen kann man wohl mit Rücksicht auf die erwiesene Beziehung der Nebennieren zum Circulationsapparat und zum Athmungscentrum nach der Darreichung von Nebennierenextracten eine Hebung des Allgemeinbefindens erwarten. Es ist dies zwar ein wesentlicher Factor, der für die Heilung der Rachitis entschieden einen günstigeren Boden schafft, aber eine solch' einseitige Wirkung kann man auch mit anderen, viel billigeren Mitteln erzielen. (1901, No. 16.)

Die Entstehung der Tuberculose beim Menschen durch den Genuss von Tuberkelbacillen enthaltendem Fleisch.*)

Von Privatdocent Dr. Paul Jacob und Oberstabsarzt Dr. Gotthold Pannwitz in Berlin.

Zur Beantwortung der Frage: „Welche Gefahren bietet das Fleisch tuberculöser Thiere für den Menschen und wie weit darf solches als Nahrungsmittel verwandt werden?" ist eine grosse Reihe von Arbeiten erschienen, in denen theils Versuche, wlche von den betreffenden Autoren hinsichtlich dieser Frage angestellt wurden, veröffentlicht, theils die schon bekannten Versuche in kritischer Weise beleuchtet wurden. Von den betreffenden Arbeiten seien hier besonders die von Schneidemühl, Müller und Reissmann erwähnt.

In diesen wird sowohl über zahlreiche einschlägige Versuche als auch über die gesammte diesbezügliche Literatur bis zum Jahre 1896 berichtet. Wir wollen daher im Folgenden nur kurz den Standpunkt wiedergeben, wie er sich bezüglich der oben aufgeworfenen Frage in den letzten Jahren gestaltet hat.

Bevor wir uns zu dem eigentlichen Thema wenden, werden wir aber zunächst die Unterfrage zu stellen haben, ob denn überhaupt Tuberculose in der Musculatur der Schlachtthiere vorkommt.

Gerlach hat bereits in seiner „Fleischkost des Menschen" auf den von Schütz beobachteten Fall von Miliartuberculose in der Musculatur hingewiesen; ein ähnlicher Fall wurde von Leisering mitgetheilt. Moulé hat primäre Muskeltuberculose bei einem Schwein beobachtet. Lanz und de Quervain haben die Fälle von Muskeltuberculose beim Menschen gesammelt; sie stellten 4 Fälle primärer hämatogener Tuberculose der Skeletmusculatur und ca. 31 Fälle von Tuberculose des Myokards beim Menschen zusammen. Secundäre Muskeltuberculose ist nach ihren Ermittlungen nicht sonderlich häufig, aber auch keineswegs ganz selten; sie bringen ausser der Zusammenstellung noch 8 selbst beobachtete Fälle von primärer Muskeltuberculose zur Veröffentlichung. Hertwig konnte bei einem Ochsen zahlreiche Herde in den Hautmuskeln feststellen, spärlich waren solche in tiefer gelegenen Muskeln vorhanden. Er fand die Knötchen vielfach perlschnurartig im Verlauf der intermusculären Bindegewebszüge angeordnet. Die Tuberkelnatur der

*) Es dürfte nicht uninteressant sein, im Anschluss an die in der vorigen Nummer der Monatsschrift publicirten Rede *Robert Koch's*, die auf dem Londoner Tuberculose-Congress so bedeutendes Aufsehen verursacht hatte, vorstehende Arbeit kennen zu lernen, die dem soeben erschienenen Werke der oben genannten Verfasser „Entstehung und Bekämpfung der Lungentuberculose" (G. Thieme, Leipzig 1901) entnommen ist. D. Red.

Knötchen wies er microscopisch und durch Impfung nach. Aehnliche Fälle sind von Hüttner und Godbille beschrieben. Rassmussen beobachtete 3 Fälle von embolischer Muskeltuberculose beim Rind, 2 bei einer 2½jährigen Kuh und einem ebenso alten Ochsen, der dritte trat bei einem Kalbe auf. In den ersten beiden Fällen fanden sich noch nebenher Bronchopneumonie und Schwellungen der Bronchialdrüsen. Die Knötchen, die in der Musculatur unmittelbar unter den Fascien, besonders in den Hals- und Schenkelmuskeln sassen, hatten Stecknadelknopf- bis Bohnengrösse und die Farbe von Tuberkeln. Jensen hat zwei Fälle von Muskeltuberculose beobachtet. Késewitsch stellte bei einem Ochsen Tuberculose in den geraden und schiefen Bauchmuskeln und im Biceps femoris fest. Die Grösse der Knötchen schwankte zwischen Hanfkorn- und Erbsengrösse, die Farbe war grau weiss, die Gestalt dem Verlauf der Muskeln entsprechend länglich; im Centrum der Knötchen fanden sich käsige Massen, auch in diesem Falle wurde die Tuberkelnatur durch microscopische Untersuchung und Impfung erwiesen. Ströse constatirte bei einem Schweine embolische Muskeltuberculose in den beiden Hinterschenkeln; zwar wurden microscopisch nur wenig Tuberkelbacillen gefunden, doch lieferte die Impfung ein positives Ergebniss. Lungwitz beobachtete auf dem Berliner Schlachthofe einen Fall von Tuberculose des Myokards; seine Angaben über das Vorkommen von secundärer Muskeltuberculose auf dem Berliner Schlachthofe decken sich mit denen von de Quervain, auch er hält diese Form von Tuberculose nicht für sehr selten. Cadiot und Maske schliessen sich seinen Angaben vollkommen an; Aehnliches ist auch auf anderen Schlachthöfen zur Beobachtung gelangt.

All diese Befunde bestätigen das, was Gerlach bereits 1875 muthmaasste, dass der Muskel, da er doch interstitielles Gewebe enthält und dieses gerade der Sitz von Knötchen zu sein pflege, ebenso gut von Tuberculose befallen werden können. Auch Bollinger, Ostertag, Bang, Röckl, Siedamgrotzky, Haffer, Mc Fadyean und Sims constatiren das Vorkommen von Tuberculose im Muskel, nur glauben alle, dass der Muskel ein schlechter Nährboden für die Tuberkelbacillen sei. Röckl giebt in seiner Zusammenstellung über Tuberculose an, dass Muskeltuberculose in 0.8 Procent der Fälle vorhanden sei.

Bei der Seltenheit der Tuberculose in der Musculatur wäre es aber doch falsch anzunehmen, dass das Nichtvorhandensein von Tuberkeln gleichbedeutend sei mit dem Freisein des Fleisches von Bacillen; letztere könnten ja noch im Fleischsaft, in dem interstitiellen Gewebe und im Blute, welches beim Schlachten in der Musculatur zurückbleibt, enthalten sein. Es haben daher eine Reihe von Forschern sich der Mühe unterzogen, das Fleisch durch Fütterungs- und Impfversuche am Thier auf seinen Bacillengehalt zu prüfen, da der Vorschlag Bollinger's, die Füt-

terungsversuche an zum Tode verurtheilten Verbrechern, sowie der Semmer's, sie bei Affen vorzunehmen, nicht zur Ausführung gelangte. Zur Fütterung wurde meistens Fleisch benutzt, welches überhaupt von tuberculösen Thieren stammte, die Beschaffung von knötchenhaltigem Fleische wäre wohl bei der Seltenheit der Muskeltuberculose mit ziemlichen Schwierigkeiten verbunden gewesen. In den Fällen, wo die Fütterung ein negatives Ergebniss lieferte, wurde als feineres Prüfungsmittel auf Tuberculose die intraperitoneale Impfung mit Fleischsaft von fast allen Autoren angewandt. Die grosse Zahl der älteren Versuche hier aufzuzählen, würde den Umfang dieses Capitels zu sehr anschwellen lassen; wir wollen daher nur einen der ältesten, den von Gerlach, hier kurz erwähnen, um dann besonders die neueren in den Bereich der Betrachtungen zu ziehen.

Gerlach führte anfangs der Siebzigerjahre an 10 Schweinen Fütterungsversuche mit dem rohen Fleische tuberculöser Thiere aus; er erzielte in sechs Fällen ein positives Fütterungsergebniss. Steinheil führte 18 Versuche mit dem Muskelsaft von 9 phthisischen Leichen aus und erhielt dabei zwölfmal positive Ergebnisse. Peuch verfütterte rohes Fleisch einer tuberculösen Kuh an zwei Ferkel, und verimpfte subcutan Fleischsaft an 3 Kaninchen; alle Impflinge erkrankten an Tuberculose. Kastner stellte 12 Versuche mit dem rohen Fleische von sieben hochgradig perlsüchtigen Thieren an, deren Fleisch von einem Fleischbeschauer confiscirt war; nur in einem Falle stammte das Fleisch von einem leichter tuberculösen Thiere, bei den 6 anderen waren die Tuberkel in den Lungen, wie in den übrigen Organen in Verkäsung, nicht in Verkalkung begriffen, welch letztere sonst beim Rinde das Gewöhnliche zu sein pflegt. Nur zweimal war das Resultat ein negatives (betrifft den leichteren Fall), in allen anderen Fällen erwies sich der Fleischsaft bei intraperitonealer Impfung von Meerschweinchen virulent. Kolb sah 3 Ferkel, die mit rohem Fleisch tuberculöser Thiere gefüttert waren, unter den Erscheinungen der Tuberculose erkranken; die Section bestätigte die Diagnose: Tuberculose, der Verdauungstractus war besonders afficirt, die Darmschleimhaut selbst zeigte Geschwüre. Forster verimpfte 1—3 g gehacktes Fleisch Meerschweinchen und Kaninchen in die Bauchhöhle; in 7 Versuchsreihen, bei welchen das Fleisch tuberculöser Rinder zur Verwendung gelangte, wurde in 3 Fällen = 43 Procent Impftuberculose erzielt. Gratia und Lienaux verimpften Muskelsaft eines an Tuberculose gestorbenen Menschen und einer wegen Tuberculose geschlachteten Kuh; ersterer Versuch verlief positiv, letzterer negativ. Schmidt bobachtete auf einem Gute den Untergang sämmtlicher Hühner infolge Verfütterung von rohem Fleisch, das von einem tuberculösen Ochsen stammte. Reissmann veröffentlichte einen ganz ähnlichen Fall: Auf einem Gute im Frankfurter Regierungsbezirke herrschte Tuber-

culose unter dem Rindvieh in hohem Grade, die Kälber und Schweine wurden durch den Genuss von Milch, insbesondere von Milch und Fleischabfällen grösstentheils tuberculös. Auch die Hühner wurden durch Verfütterung von Fleisch eines tuberculösen Rindes stark decimirt. Martin und Sims theilten das Untersuchungsmaterial, welches sie verfütterten oder an empfängliche Thiere verimpften, in solches ein, welches von geringgradig, mittelschwer und hochgradig tuberculösen Thieren stammte. Nach diesen drei Classen wurde das Fleisch in rohem Zustande geprüft; das Fleisch erwies sich umso infectiöser, je weiter der Krankheitsprocess vorgeschritten war; durch Verfütterung von rohem Fleisch hochgradig tuberculöser Rinder wurden nur positive Ergebnisse erzielt. Die Impfung war auch bei der ersten und zweiten Gruppe, und zwar häufiger bei der zweiten, positiv. Chauveau, Saint-Cyr und Toussaint hatten bei ihren Versuchen 6 positive Erfolge.

Diesen grösstentheils positiven Versuchsergebnissen seien die vorwiegend negativen gegenübergestellt. Galtier fand im Fleischsaft Tuberkelbacillen, glaubt aber, dass sie für gewöhnlich nicht vorkommen. Dieser Verfasser konnte, als er den Muskelsaft von 15 verschiedenen tuberculösen Thieren in Mengen von 4—12 cm^3 verimpfte, nur einmal die Krankheit auf das Versuchsthier übertragen; in einem Falle wurden an ein Versuchsthier 4 cm^3 ohne jegliche Reaction verimpft, während 12 cm^3 Tuberculose hervorriefen. Auch die Fütterungsversuche mit rohem Fleisch tuberculöser Rinder hatten ein negatives Ergebniss. Galtier hat seine Versuche verschiedentlich wiederholt. 1892—93 stellte er 4 Versuche an. Der erste Versuch betraf ein sechswöchentliches, schwächliches mageres Kalb, welches in Zwischenräumen von ca. 14 Tagen bis 3 Wochen zusammen 10 kg rohen Fleisches von zum Theil generalisirt tuberculösen Kühen erhielt; bei der Schlachtung wurde nicht die geringste Spur von Tuberculose festgestellt. Beim zweiten Versuch erhielt ein 4—5 Monate altes Kalb in gleicher Weise dreimal rohes Fleisch tuberculöser Thiere, ohne sich zu inficiren. Der dritte und vierte Versuch, der je zwei Schweine im Alter von 4—6 Monaten betraf, an welche in 14tägigen Zwischenräumen zusammen 20 kg, auf einmal bis zu 6 kg, verfüttert waren, wurden bei der Schlachtung als vollständig gesund befunden. Unter den Fleischproben, welche zur Verfütterung gelangten, befanden sich 2, welche nach subcutaner Injection beim Kaninchen eine exquisite Tuberculose hervorriefen. Die Versuche vom Jahre 1894 bis 1895 wurden von dem Autor an je 2 Ferkeln und Kälbern ausgeführt; dieselben wurden 15mal mit rohem Fleisch von Thieren gefüttert, welche wegen Tuberculose beschlagnahmt waren; auch in diesen Fällen gelang die Uebertragung vom Darmcanal aus nicht, trotzdem die Impfung mit Fleischsaft in die Bauchhöhle von Meerschweinchen in 2 Fällen positiv verlief. Perron-

cito's Versuche, die derselbe 1890—91 an einer grossen Reihe von Meerschweinchen, Schweinen und Kaninchen, sowie an 2 Rindern ausführte, hatten ebenso wie seine Versuche aus dem Jahre 1874—75 ein absolut negatives Resultat. Die Versuche erstreckten sich auf reichlich 200 Kaninchen, die mit dem rohen Fleisch tuberculöser Thiere, das im Schlachthause beanstandet war, gefüttert wurden, ohne Erscheinungen der Tuberculose zu zeigen. Bei einer gleichen Zahl von Meerschweinchen wurde Fleischsaft in die Bauchhöhle geimpft, ohne dass sich bei der nach 1½, bezw. mehreren Monaten erfolgten Tödtung eine Spur von Tuberculose ergeben hätte; auch die Versuche an 2 Rindern verliefen negativ; die subcutane Injection, auch die 4—5monatliche Verfütterung von rohem Fleisch, welches von beanstandeten Thieren stammte, erzeugte bei 16 Ferkeln im Alter von 2—6 Monaten keine Tuberculose. Leclainche erhielt mit dem von 8 Phthisikern gewonnenen Muskelsaft, den er 37 Meerschweinchen in die Bauchhöhle einspritzte, 5 positive und 32 negative Resultate; in einem Falle wurden alle Versuchsthiere tuberculös, in 6 Fällen sind alle gesund geblieben, während in je 2 Fällen 1 von 3, bezw. 2 Versuchsthiere erkrankten. In 3 Fällen wurden die ausgepressten Muskeln gehackt und dann an Meerschweinchen verfüttert; nicht ein einziges Thier erkrankte darnach. Kastner verimpfte unter Bollinger's Leitung 16 Fleischinfuse von 12 verschiedenen geschlachteten und wegen Tuberculose beanstandeten Rindern an Meerschweinchen mit durchaus negativem Erfolge. Das Fleisch, welches Kastner zu seinen Versuchen benutzte, war vorwiegend von solchen Thieren, die verkalkte Herde in den Lungen aufwiesen. Mc. Fadyean hat 2 Meerschweinchen durch intraperitoneale Impfung 3—5 cm^3 Muskelsaft von Pferden, die er nach Injection enormer Mengen Tuberkelbacillen in die Drosselvenen am 10., 16. und 20. Tage hatte tödten lassen, einverleibt; doch gelang es ihm nicht, eine Infection zu erzielen.

Nocard verfütterte an 11 Katzen rohes Fleisch von Rindern, die wegen allgemeiner Tuberculose geschlachtet waren, doch war bei keiner der Katzen durch die Section Tuberculose nachweisbar. Ostertag impfte 18 Meerschweinchen mit macroscopisch gesund erscheinenden Muskeln, Lymphdrüsen und Milzstückchen von Rindern, welche mit trocken-käsigen Herden in den Gekrösdrüsen, in der Lunge, der Leber und Milz behaftet waren; nach 6—8 Wochen war bei Tödtung der Thiere bei keinem Tuberculose nachweisbar. Von der Sluys hat in der neuesten Zeit Versuche veröffentlicht, die wir, da sie noch ziemlich wenig bekannt sein dürften, etwa ausführlicher mittheilen möchten. Von der Sluys stellte sämmtliche Versuche mit Fleisch solcher Thiere an, die mit generalisirter Tuberculose in solchem Grade behaftet waren, dass das Fleisch in allen Culturländern zur Vernichtung gekommen wäre. Es wurden im Gan-

zen 5 Versuchsreihen angestellt, und zwar zu jeder Serie 3 Ferkel, deren Alter zwischen 5 und 6 Wochen schwankte, verwandt — eins der Ferkel diente dabei immer als Controlthier — die Versuchsthiere erhielten in circa 14tägigen Zwischenräumen rohes Fleisch von verschiedenen Thieren, sowohl von Schweinen wie Rindern, die alle mit ausgesprochen generalisirter Tuberculose behaftet waren. Die Gesammtmenge des verfütterten Fleisches schwankte bei den Versuchen zwischen 3.25 und 15 kg. In den beiden letzten von von der Sluys angeführten Versuchen wurden dem rohen Fleische noch Knochensplitter zugesetzt. Das Fleisch wurde nach vorheriger Zerkleinerung und Einweichung in Wasser mit Reismehl verabreicht; die Knochensplitter wurden nach den Angaben des Autors lediglich nur deshalb dem Fleische zugefügt, um Verletzungen des Darmes herbeizuführen, Knochenmark enthielten sie nicht (letzteres pflegt sonst sehr häufig bei Schweinen Sitz der Tuberculose zu sein). Von der Sluys hebt ausdrücklich hervor, dass eine Verunreinigung des Fleisches durch andere tuberculöse Organe möglichst vermieden worden sei. Von den 10 Versuchsthieren inficirten sich 3 = 30 Procent, die 5 Controlthiere blieben frei von Tuberculose. Die tuberculös befundenen Versuchsthiere zeigten vornehmlich Miliartuberculose in den Lungen, verkalkte Knötchen in den Bronchialdrüsen, Leber-, Milz- und Nierentuberculose; bei diesen inficirten Thieren wurde die Infection wahrscheinlich durch die Gegenwart der Knochensplitter in der Fleischnahrung begünstigt, da durch dieselben kleine Verletzungen des Darmes hervorgerufen werden konnten.

Aus den angeführten Versuchen geht wohl zur Genüge hervor, dass eine Fütterungstuberculose durch rohes Fleisch tuberculöser Thiere entschieden vorkommt; sind auch seitens der betreffenden Autoren durch Fütterung meistens negative Ergebnisse erzielt, so hat die Impfung mit Fleischsaft doch überwiegend positive Erfolge geliefert. Beweisen aber die wenigen positiven Fütterungsversuche nicht weit mehr wie die negativen? Bezüglich der negativ ausgefallenen Versuche ist zu bemerken, dass sie zum Theil an Thieren ausgeführt worden sind, die, wie wissenschaftlich feststeht, sich gegenüber dem Tuberkelbacillus immun verhalten, die Versuche Galtiers mit ihrem negativen Resultat haben daher nur wenig Beweiskraft. Auch die positiven Versuche sind gewiss nicht alle als einwandsfrei zu bezeichnen; so betont Martin unter anderem, dass sehr häufig bei Zerlegung der Thiere Verunreinigung mit tuberkebacillenhaltigem Material vorkommen könne; auch Haffer vertritt einen ähnlichen Stnadpunkt, er führt besonders die Kaumuskeln als sehr häufig verunreinigt an, die, trotzdem sie häufig durch das Messer, welches vorher in Berührung mit tuberculösen Organen gewesen sei, inficirt würden, dennoch zu Hackfleisch verarbeitet würden.

Bei vielen Versuchen, sowohl den positiven wie den negativen, ist ferner oft die genaue Angabe darüber zu vermissen, wie lange und wie oft die Thiere mit dem rohen Fleische tuberculöser Thiere gefüttert wurden, ferner welchen Grad die Tuberculose bei dem Thiere erreicht hatte, dessen Fleisch zur Verfütterung und Impfung gelangte, weiter ob die Möglichkeit der Verunreinigung des Fleisches durch andere tuberculöse Organe ausgeschlossen werden konnte. Wie aus den angeführten Versuchen hervorgeht, ist meist nur knötchenfreies Fleisch zur Verwendung gelangt; der Unterschied in dem Versuchsergebniss bei Kastner's Versuchen erklärt sich dadurch, dass in dem Falle, wo die Impfung positiv ausfiel, die Tuberculose noch frisch war, während das negative Ergebniss der anderen Versuche von demselben Experimentator wohl dadurch bedingt wurde, dass an den tuberculösen Herden bereits regressive Processe Platz gegriffen hatten. Leider fehlt auch bei allen Versuchen eine Angabe darüber, wie alt das Fleisch war, welches zur Fütterung verwendet wurde; dieser Punkt ist aber zur Beurtheilung der Versuche sehr wichtig, da, wenn die Virulenz der Tuberkelbacillen durch die Fäulniss abgeschwächt ist, sehr wohl die Infection des betreffenden Versuchsthieres ausbleiben oder doch nur auf kleine Herdchen, die der Beobachtung entgehen können, localisirt bleiben kann. Von der Sluys hat allerdings diese eben gerügten Mängel bei seinen Versuchen vermieden, seine Angaben über die Versuche sind ausführlich, man darf daher aus seinen Versuchen eher Schlüsse ziehen wie aus den anderen Versuchsresultaten.

Aus den angeführten Versuchen geht gewiss das hervor, dass die Frage bezüglich der Schädlichkeit des rohen Fleisches tuberculoser Thiere noch nicht als abgeschlossen zu betrachten ist, aber auf Grund der wenigen positiv ausgefallenen Versuche ist man doch wohl zu dem Schlusse berechtigt, dass der Genuss des rohen Fleisches tuberculöser Thiere und die von ihm hergestellten Präparate gesundheitsschädlich sein können, zum mindesten für Kinder und Kranke.

In jedem Fleische bleibt nun bei der Schlachtung immer noch eine gewisse Menge Blut zurück; wir wollen daher kurz noch auf die Frage eingehen, wie weit auch das Blut Träger des tuberculösen Virus sein kann. Die Frage hat eine gewisse practische Bedeutung, da das Blut von Schweinen und neuerdings auch von Rindern zur Herstellung von Blutwurst und Blutpräparaten benutzt wird; sind also im Blute Tuberkelbacillen enthalten, so kann durch solche Wurst unter Umständen auch die Tuberculose übertragen werden. — Blutwurst wird bekanntlich nur geräuchert, was nach Forster die Virulenz der Tuberkelbacillen nicht aufhebt. — Uberhaupt sind die Bestandtheile einer Wurst häufig recht fragwürdiger Natur: das scherzende und doch so ernste Wort eines Agrariers, die Wurst sei ein Ding, das an beiden

Enden zugebunden sei, von dem aber niemand wisse, was darin sei, hat gewiss seine Berechtigung.

Um also die Frage zu entscheiden, ob auch im Blute tuberculoser Thiere Tuberkelbacillen vorkommen, untersuchte Fütterer bei vorgeschrittener Tuberculose die Gefässwandungen, den Gefässinhalt, die Thromben, sowie die Umgebung der Gefässe auf Tuberkelbacillen, er fand in allen untersuchten Fällen die Bacillen überall vor; er sieht daher ausser den Lymphgefässen die Blutgefässe als die wichtigsten Wege für die Weiterverbreitung der Tuberculose an. Sticker war es in 2 Fällen, Ulcacis in 1 Falle möglich, in dem aus der Fingerspitze von miliartuberculösen Menschen erhaltenen Blute Tuberkelbacillen nachzuweisen; in einem Falle war der Nachweis der Tuberkelbacillen schon im Beginn der Krankheit möglich. Rütimeyer fand in einem Falle acuter Miliartuberculose intra vitam im Milzblute keine Tuberkelbacillen, obgleich das Leichenblut solche später enthielt; in einem anderen Falle gelang es ihm, zu Lebzeiten in dem Milzblute Tuberkelbacillen nachzuweisen, während post mortem das Herzblut des Thieres frei davon war. Meisels stellte ebenfalls intra vitam im Blute von Patienten Tuberkelbacillen fest. Heller, von dem der erste Nachweis der Tuberkelbacillen im Blute stammt, stellte solche in den Excrescenzen auf den Herzklappen tuberculöser Menschen fest; er konnte ausserdem die Bacillen im Blute einer tuberculösen Schwangeren nachweisen (der Fötus war dabei frei von Tuberkeln und Bacillen). Weigert erklärt die Intima als die Quelle der Allgemeininfection. Er beobachtete Miliartuberkel in grösseren Lungenarterien, der Process war von den erkrankten Bronchialdrüsen auf die Intima übergegangen. Auch Herxheimer erklärte die Intima als die Quelle der Allgemeininfection. Nasse theilte Aehnliches mit. Bergkammerer wies Tuberkelbacillen in den die Gefässe umgebenden Lymphbahnen nach, dieselben waren ganz von Bacillen erfüllt; das Blut enthielt enorme Mengen von Tuberkelbacillen, hingegegen waren die grösseren Blutgefässe frei von Tuberculose, der Ductus thoracicus zeigte keine Veränderungen. In einem zweiten Falle von Blutinfection war an der Intima der grösseren Lungenvenen microscopisch Tuberculose nachweisbar.

Aehnliche Thierexperimente, wie mit dem Fleisch tuberculöser Thiere, wurden auch mit dem Blute derselben angestellt. So versuchte Bang durch das Blut schwer an Tuberculose erkrankter Kühe die Tuberculose zu übertragen. Von 21 Versuchen gelang ihm dies nur zweimal. Hanau stellte in 8 von 13 Fällen allgemeiner Tuberculose, besonders bei acuter Miliartuberculose Tuberkelbacillen in den Gefässwandungen fest. Bollinger erzielte bei der Impfung mit Blut perlsüchtiger Rinder, bei denen aber keine generalisirte Tuberculose vorlag, unter 10 Versuchen an Meerschweinchen nur 1 positives Resultat.

Siebmann giebt an, im Blute tuberculöser Personen, bei denen die Krankheit mehr oder weniger vorgeschritten war, nach Behandlung derselben mit Tuberculin Tuberkelbacillen, mitunter aber erst nach 2 oder 3 Injectionen beobachtet zu haben; von 151 Blutuntersuchungen erzielte er 56 positive, also ca. 30 Procent. Erlich, Guttmann, Cantani, Sacerdoti haben unter denselben Bedingungen wie Siebmann nur negative Ergebnisse erhalten. Yersin stellte bei einer durch intravenöse Injection von Tuberkelbacillen erzeugten acuten Miliartuberculose nur kleine Tuberkel in Milz und Leber, selten in der Lunge fest; auch waren zahlreiche kleine Tuberkel an der Intima der Gefässe nachweisbar. Mc Fadyean verimpfte 5 Kaninchen 5—7 cm^3 defibrinirten Blutes von Kühen, die mit ausgedehnter Tuberculose behaftet waren, und zwar stets mit negativem Ergebniss. 2 Meerschweinchen erhielten 5 cm^3 defibrinirten Blutes von 3 Pferden, denen eine bacillenreiche Aufschwemmung käsig eitriger Massen in die Drosselvene gespritzt war, 24, 29 und 48 Stunden, nachdem die Injection bei den Pferden erfolgt war, in die Bauchhöhle gespritzt, ohne dass sie erkrankt wären; Mc. Fadyean ist daher der Meinung, dass das Blut nicht besonders häufig und auch nicht lange Träger der Bacillen sei. Aehnliche Beobachtungen sind von Gärtner, Nocard, Michaelis und Meyer gemacht worden.

Aus diesen Angaben, die sich noch um einige vermehren liessen, geht mit Bestimmtheit hervor, dass auch das Blut bei schweren Fällen von Tuberculose Tuberkelbacillen enthalten kann. Sind aber im Blute einmal Tuberkelbacillen, so gelangen sie auch in die Musculatur; es kann daher auch nicht knötchenhaltiges Fleisch sehr wohl Tuberkelbacillen enthalten, also im rohen Zustande gesundheitsschädlich sein.

Gerade aus diesem Grunde würde es sich auch wohl empfehlen, in systematischer Weise einmal diejenigen Nährpräparate, bezw. Fleischextracte zu untersuchen, welche von der geschäftseifrigen Industrie heute in Massen producirt werden. Diese Präparate werden fast sämmtlich in der Weise hergestellt, dass aus dem rohen Fleische durch grosse Pressmaschinen der Saft herausgepresst wird; und so liegt die Möglichkeit wohl vor, dass bei diesen Proceduren gleichfalls die in dem rohen Fleische enthaltenen virulenten Tuberkelbacillen in das Nährpräparat übergehen. Da nun die Fleischextracte etc. hauptsächlich für Kinder und Kranke, bezw. Reconvalescenten, also für Menschen mit verminderter Widerstandskraft der Organe verwendet werden, so wäre es sehr verdienstvoll, wenn ein geübter Bacteriologe sich mit der Frage: „Wann enthalten Fleischextracte etc. öfter virulente Tuberkelbacillen?“ einmal gründlich beschäftigen würde.

Dieselbe Forderung muss auch für das gepökelte und geräucherte Fleisch aufgestellt werden, welches in grossen Massen

aus dem Auslande bei uns importirt wird, und zwar häufig genug aus Ländern, in denen eine genügende staatliche Beaufsichtigung der Schlachthäuser nicht stattfindet.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York.

Montag, den 1. *April* 1901.

Präsident Dr. *Geo. W. Jacoby* eröffnete die Sitzung gegen 8½ Uhr.

Secretär Dr. *John A. Beuermann* verliest das Protocoll der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird.

Präsident Dr. *Geo. W. Jacoby*: Ich habe mitzutheilen, dass unsere Vorstellung von Patienten und Demonstration von Präparaten u. s. w. ausfallen wird. Herr Dr. *Jaeger* hatte eine sehr interessante Demonstration von stereoscopischen X-Strahlen-Photographien versprochen, aber er war heute bei mir und sagte, dass es ihm unmöglich sei, dieselben heute vorzuführen, er würde sie aber bis zur nächsten Sitzung jedenfalls fertig haben.

Der nächste Punkt der Tagesordnung wäre die Discussion über den Bericht des Comités betr. Begründung einer Lungenheilstätte.

Die Versammlung beschliesst auf Antrag Dr. *Freudenthal*, diese Discussion aufzuschieben, bis mehr Mitglieder anwesend sind.

Corresp. Secretär Dr. *A. Rose* verliest die Schreiben von *T. E. McGarr* (Sec'y. State Commission in Lunacy), *Jas. J. Graham* (Sec'y. to the Governor), *Timothy L. Woodruff* (Lt. Governor), *Frank W. Higgins* (Pres. of the State Senate) und *S. F. Nixon* (Speaker of the Assembly), die als Antwort auf die in der letzten Sitzung beschlossene Eingabe betr. Erhaltung des pathologischen Laboratoriums eingetroffen sind.

Die Versammlung nimmt von den Schreiben Kenntniss.

Vortrag.

Dr. *A. Rose*: *Atonia gastrica und eine neue Methode der Behandlung derselben.* (Liest.)

Discussion. Dr. *L. Weber*: In Anbetracht dessen, dass wir uns im Allgemeinen in Bezug auf die pathologischen Zustände klar sind, die bei Enteroptose und Gastroptose vorliegen, will ich mich auf die kurze Mittheilung von Erfahrungen beschränken, die ich mit dem Heftpflasterverband gemacht habe. Lange bevor ich von Heftpflasterverband als äussere Stütze gelesen, habe ich schon Pflasterstreifen angewandt, niemals das amerikanische Pflaster, weil ich fand, dass nur Wenige dasselbe mehr als ein paar Tage vertragen haben, ohne Erythem und heftige Reizerschein-

ungen zu bekommen, sondern den einfachen Diachylon-Pflasterverband. Erst später, wie ich sah, dass diese dreieckigen Seitenstücke an den vorderen Seitentheilen den Verband verbesserten — ich weiss, dass Dr. *Rose* dies Neue dem Verband hinzufügte — habe ich mich dieser Stücke auch bedient und gefunden, dass der Verband dadurch besser hält, weniger schrumpft und sich weniger von oben nach unten zusammenzieht. In keinem Fall beschränke ich mich bei Gastroptose, verbunden mit Tiefstand der Leber oder ohne denselben auf den Pflasterverband allein, sondern liess meine Patientinnen — bei Männern habe ich noch nicht Gelegenheit gehabt, diesen Verband anzulegen — über dem Verband die bekannte elastische Bauchbinde tragen, welche ich mit über den Rücken gekreuzten Hosenträgern versehen lasse, einfach einem Paar von den leichten französichen Hosenträgern, hinten und vorn befestigt, so dass die Binde gut sitzt. Ich fand, dass mit Hilfe des sog. „abdominal supporter" über dem Pflaster dieses selbst weniger aus der Lage kommt und der Verband überhaupt von den Patientinnen viel besser vertragen wird. Im Ganzen kann ich nur Günstiges zu dem hinzufügen, was der Vortragende in Bezug auf die Erleichterung der Circulation, vorzüglich auch in Bezug auf die gastrischen Erscheinungen angeführt hat, und kann ferner sagen, dass ich bei alten Weibern mit Hängebäuchen, soweit nervöse Erscheinungen von Seiten des Herzens in Betracht kommen, die manchmal recht unangenehm sein können, günstige therapeutische Erfahrungen gemacht habe. Ich habe aber niemals gesehen, dass mehr als eine Besserung eingetreten ist, nachdem der Verband mit der Binde längere Zeit getragen wurde, eine Heilung niemals. Allerdings war unter den Patientinnen, die einen solchen Verband brauchten, keine junge Person. Sie waren meist über 50, die Mehrzahl über 60 Jahre alt. — Dr. *Max Einhorn*: Der Vortrag von Dr. *Rose* hat mich sehr interessirt. Es sind aber einige Punkte, in denen ich nicht ganz mit ihm übereinstimme. Zunächst was den Ausdruck Atonia gastrica betrifft, den College *Rose* mit Gastroptose und, wie es scheint, auch mit nervöser Dyspepsie gleichstellen will, indem er ungefähr wie Dr. *Stiller* annimmt, dass diese drei Krankheiten ziemlich dasselbe bedeuten, so glaube ich ganz und gar nicht, dass diese drei Sachen irgend etwas Wesentliches mit einander zu thun haben. Atonie des Magens bedeutet nichts Anderes als dass ein Schwächezustand der Musculatur da ist, und dieser Schwächezustand wird dadurch nachgewiesen, dass es leichter ist, ein Plätschergeräusch zu erzeugen, dass der Magen, wenn er durch Flüssigkeit ausgedehnt wird, nicht so leicht zu seiner ursprünglichen Lage zurückkehrt. Ein atonischer Magen liegt da, wo der Magen liegen soll, die kleine Curvatur befindet sich an ihrer Stelle, höchstens ist die grosse Curvatur etwas mehr gesenkt. Wenn man also ein Plätschergeräusch erzeugt, findet man es dicht unter dem linken Rippenrande. Eventuell kann man sogar beim Drücken des knöchernen Thorax auch schon ein Plätschergeräusch bemerken. Anders ist die Sache bei Gastroptose. Hier ist der Magen gesenkt. Die kleine Curvatur liegt nicht an der normalen Stelle, sondern das Organ ist gesenkt und man findet da kein Plätschergeräusch unter dem linken Rippenrande, sondern weiter unten, zwei, drei Zoll tiefer. Das ist der wesentliche Unterschied zwischen Atonie und

Gastroptose. Nervöse Dyspepsie ist wieder etwas Anderes. Ein Magen brauch nicht einmal atonisch zu sein. Es kann ein ganz normaler Magen vorliegen, auch normale Secretionsverhältnisse, und doch bestehen Beschwerden nervöser Natur. Das wird im Grossen und Ganzen gewöhnlich als nervöse Dyspepsie aufgefasst. College *Rose* hat noch einen sehr wichtigen Punkt mit hineingezogen, der meiner Ansicht nach von diesem Zustand ganz zu trennen ist. Ich glaube, dass Gastroptose mit wesentlichen Störungen der mechanischen Function nicht viel zu thun hat. Ich habe sehr viele von diesen Fällen gesehen, ich möchte sagen, Tausende von Fällen in diesen zehn, zwölf Jahren, wo ich solche Fälle genau beobachtete. Was Enteroptose betrifft, so ziehe ich diesen Ausdruck der Gastroptose vor, weil es in den meisten Zuständen nicht ein lediglich abweichender Zustand des Magens, sondern auch anderer abdominaler Organe ist. Deswegen behalte ich den Namen, den *Glenard* dieser Krankheit gegeben hat, bei, und in meinem Vortrag in der Academy of Medicine vor mehreren Monaten habe ich dies auch schon betont, dass ich die Gastroptose nicht als Krankheitszustand für sich ansehe, sondern es ist einfach eine Theilerscheinung der Enteroptose. Selbstverständlich findet es sich ausnahmsweise, dass keine Wanderniere da ist und dass ein bedeutender Grad von Gastroptose zu entdecken ist, aber deswegen brauchen wir nicht für alle Fälle von Enteroptose den Ausdruck Gastroptose zu verwenden. Dann ist die Behandlung nicht eine für den Magen allein berechnete, sondern für den ganzen Zustand. In Bezug auf den mechanischen Zustand des Magens wollte ich also sagen, dass ich in allen Fällen, die ich gesehen, keine erheblichen Störungen der mechanischen Function gesehen habe, d. h. der Magen war des Morgens leer. Es ist, glaube ich, diese Verwechselung dadurch zu Stande gekommen, dass man früher, vor 10, 15, 20 Jahren, diese Zustände zusammenmischte. Man dachte, wenn ein Plätschergeräusch da ist, dass es sich um eine Magendilatation handelte, und da viele Fälle von Magendilatation, hauptsächlich solche, wo Pylorusstenosen da sind, selbstverständlich mit Störungen der Motilität des Magens einhergehen, oder wo die Musculatur des Magens so geschwächt ist, dass der Inhalt nicht durch den Pylorus durchkommen kann, die mechanische Störung die Hauptsache ist; — da man dort das Plätschergeräusch fand und auch in anderen Zuständen wie Atonie u. s. w. Plätschergeräusch —, so hat man diese Zustände zusammengeworfen. Später hat man erkannt, dass diese nichts mit einander zu thun haben. Die Grösse des Magens, das Plätschergeräusch spielen gar keine Rolle. Die Hauptsache ist, zu wissen, ist der Magen des Morgens leer oder nicht. Ist er leer, so hat man es mit wesentlichen Störungen der motorischen Function nicht zu thun. Wenn er nicht leer ist, so liegt eine wesentliche Störung vor. Diese Punkte sind von solcher Bedeutung, dass ich deswegen den Namen Ischochymie, Stauungsverhältnisse des Speisebreis für die Fälle von Dilatation mit Stagnation vorgezogen habe, um zu zeigen, dass es sich nicht so sehr um die Grössenverhältnisse des Organs handelt, als um diese Störung der Weiterführung des Mageninhalts. Doch das nur nebenbei. Wir kommen jetzt zur Behandlung. Hier hat schon *Glenard* den Hauptwerth auf die Binde gelegt, und die halte ich auch für einen der wesent-

lichsten Punkte. Die Hauptsache ist, dass man den unteren Theil des Leibes stützt, zusammendrückt und theilweise den Inhalt nach oben schiebt. Das ist eigentlich der Gedanke der Binde, da die Enteroptose durch eine Relaxation der Bauchmuskeln zustande kommt; da der Bauchinhalt in den meisten Fällen, grösser ist, als nöthig, so muss man ihn zusammendrängen und den unteren Theil nach oben schieben. Wenn man unten Druck ausübt, müssen die Eingeweide nach oben gehen, um den oberen Raum auszufüllen. Das hat *Glenard* zuerst beschrieben und diese Binde zuerst mit Erfolg angewendet, und ich glaube, dass diese Binde eine grosse Rolle spielen muss. Dr. *Rose* hat statt dessen einen Pflasterverband angegeben, und ich glaube, dass dieser Pflasterverband in manchen Fällen gebraucht werden kann, aber ich glaube nicht, dass man sagen soll, man muss den Pflasterverband immer anwenden. Ich wende keinen an. Die Patienten vertragen die Binde gut. Bei armen Leuten und Leuten, die mager sind, wo eine Binde nicht angepasst werden kann, kann man sich gut mit einem Pflasterverband behelfen. Ich glaube aber nicht, dass die Binde allein, obgleich sie eine wesentliche Rolle spielt, in der Behandlung der Enteroptose die Haptsache ist. Der Hauptpunkt ist die Ernährung. Ich will Dr. *Rose* gern beistimmen, dass man in manchen Fällen Heilung und vollkommene Heilung erzielen kann, und ich glaube, dass diese bei jungen Personen noch schneller zustande kommen kann, als bei Erwachsenen. Ich habe solche Fälle beobachtet und beschrieben, und es ist kein Zweifel, dass solche häufig vorkommen. Aber ich glaube, dass der Hauptpunkt der Behandlung in der guten Ernährung besteht. Man muss diese Leute, die gewöhnlich heruntergekommen und schlecht ernährt sind, ordentlich füttern, ihnen nicht nur genügende Nahrung geben, sondern man muss sie überfüttern, und darin liegt der Hauptpunkt der Behandlung. Ob sie nun dabei auch noch Massage, electrische Behandlung bekommen, das ist alles ganz gut und kann die Heilung beschleunigen, aber es ist nicht die Hauptsache. Die Hauptsache ist, dass diese Patienten essen sollen, und wenn man sie dazu bewegt, dann werden sie stärker und kräftiger werden, und so wird eine Heilung erzielt. — Dr. *Saml. W. Bandler*: Ich freue mich sehr, zu hören, dass Dr. *Rose* über die allgemeinen constitutionellen Zustände, und dann hauptsächlich über postpuerperale Fälle gesprochen hat. Man kann da immer Vergleiche finden zwischen den postpuerperalen und vielen von den constitutionellen Fällen. Es ist nicht anzunehmen, dass die Schlaffheit der Wände der Bauchhöhle und Beckenhöhle, nach einer Geburt, durch mechanische Schädigungen von Seite des hochschwangeren Uterus zu Stande kommt. Die Ursache da ist eine Subinvolution, und man findet sehr oft Fälle, die man hauptsächlich als Hysteroptose bezeichnen soll, wobei nicht allein der Uterus einen Descensus zeigt, sondern wo die Ligamente keine vollständige Involution durchgemacht haben. Bei diesen Fällen findet man oft Gastroptose und Enteroptose. Auch bei Damen, die nicht geboren haben, giebt es Fälle, wo durch acute infectiöse Krankheiten oder schlechte Ernährung oder durch angeborene Schlaffheit der Muskeln, das subcutane Gewebe und das Fettgewebe und die elastischen Fasern des ganzen Körpers ihre Elasticität verloren haben. Diese Fälle können auch Gastroptose und

Enteroptose zeigen. Die Hauptsache in diesen wie in den postpuerperalen Fällen ist, dass in der Behandlung eine vollständige Involution die Hauptrolle spielen soll. Man muss nicht allein den Uterus kleiner machen, sondern man muss verlangen, dass die Bauchdecken auch ihre frühere Grösse und Elasticität bekommen sollen, und in dieser Beziehung ist eine Leibbinde oder Bandage sehr wichtig, weil sie den Bauchdecken Gelegenheit giebt, ihre frühere Elasticität wieder zu bekommen, und sie giebt dem Magen und den Därmen eine Stütze. Es ist nicht allein eine Stütze, wodurch diese Organe ihre Function erfüllen können, sondern die Ligamente, die den Magen und die Gedärme in ihrer richtigen Lage erhalten können auch eine Involution durchmachen. Man findet, dass viele Patientinnen über gynäcologische Symptome klagen, wenn sie hauptsächlich an Gastroptose oder Enteroptose leiden. Ich habe auch in diesen Fällen sehr gute Erfolge von dieser Leibbinde bekommen und sehe diesen guten Erfolg hauptsächlich darin, dass die elastischen und musculösen Fasern der Bauch- und Beckenhöhle und die Ligamente des Beckens Gelegenheit haben, eine vollständige Involution durchzumachen. — Dr. *W. Steffens*: Ich glaube, wir haben uns Alle nicht so recht verstanden. Aufklärung über alle diese Gebiete kann uns nur die Anatomie, Physiologie und Pathologie geben. — Dr. *Jos. Fraenkel*: Die Sache ist sehr verwickelt und ausgedehnt. Vieleicht in wenig Gebieten der Medicin ist die Pathogenese und Erklärung der Symptome so viel besprochen und so wenig erklärt worden. Die eine Thatsache jedoch steht fest, dass die grösste Zahl der Enteroptosen auf angeborener Disposition beruht. Wenn man die Dinge länger beobachtet, so bekommt man den Eindruck, dass ein Patient mit Enteroptose einfach ein ausgewachsenes rhachitisches Kind ist. Das Kind, das Rhachitis und Hängebauch hat, ist der erwachsene Enteroptotiker, d. h. es ist eine allgemeine Relaxation und Abnahme der gesammten Elasticität vorhanden. Das ist für mich klar geworden nach längeren Untersuchungen, die ich gemacht habe, in denen ich alle Enteroptotiker mit einem Tonometer herausgegriffen habe. Ich habe die Arbeit im vorigen Jahre vor der amerikanischen neurologischen Gesellschaft mitgetheilt. Dr. *Meskens* hat ein Instrument construirt, vermittelst dessen er den Tonus der Achselsehne festgestellt hat. Ich habe 800 Leute mit dem Tonometer gemessen, 5 mal an jeder einzelnen Sehne. Es wurden da Durchschnittszahlen gefunden, und es stellte sich dabei ein normaler Tonus für die Musculatur heraus. Jeder Enteroptotiker wurde mit diesem Instrument herausgegriffen. Ohne Rücksicht auf seine Klagen, seine früheren Zustände, wurde der Enteroptotiker neben die Tabiker hingestellt. Von diesem Befunde geleitet, habe ich dann eine grosse Reihe von Prüfungen des Kniereflexes vorgenommen und glaube, dass jeder Enteroptotiker den intermittirenden Kniereflex hat. Bei keinem Enteroptotiker findet man immer einen gesteigerten Reflex. Wenn man 10 bis 15 mal hintereinander prüft, wird man eine Erschöpfung finden. Vielleicht hat man zweimal sehr gut einen Reflex, dann drei, viermal gar keinen. Man würde einwenden, dass der Mann den Reflex hindert, aber man merkt, dass wirklich kein Reflex zu Stande kommt. Das an sich selbst hat für mich nichts bewiesen als allgemeine Atonie der unwillkürlichen Muscu-

latur. Wenn wir Gastroptose nun als solche allgemeine Atonie auffassen, dann ist selbstverständlich ein kleiner Unterschied zwischen einer Atonia gastrica oder Gastroptose und nervöser Dyspepsie. Es sind einfach künstliche Scheidungen; alle diese Zustände sind quantitative Verschiedenheiten desselben essentiellen Zustandes. Um nun ein paar Worte über die Behandlung zu sagen, so wird jedenfalls Jedermann mit Dr. *Einhorn* übereinstimmen, dass die Ueberfütterung die Hauptsache ist, aber was zu so wunderbaren Erfolgen geführt hat, das ist die *Weir-Mischell*'sche Behandlung. Wenn man den Gastro- oder Enteroptotiker grosse Mahlzeiten nehmen lässt, kann er dabei nicht herumlaufen. Bezüglich der Frage der Bandage, so glaube ich nicht, dass solche Binden zu dauernder Heilung führen können. Es verhält sich die Sache hier wie mit anderen mechanischen Behandlungen. Wenn man einen schwachen Muskel hat und will diesem Muskel jede Function ersparen, so wird er im Lauf der Zeit noch viel schwächer werden und schliesslich atrophisch. Die Hauptsache ist nicht, dass man die Leute verbindet, sondern dass man sie mit sorgfältig ausgewählten Uebungen üben lässt. Dass man sich da täuschen kann, dass irgend eine Behandlungsmethode zu einem Resultat führt, kommt daher, dass man den ganzen Gang dieser Störung nicht sieht. Es kommen von selbst, spontan, Remissionen, Exacerbationen in diesem Zustand, die ebenso unberechenbar sind wie das Erscheinen und Verschwinden sonstiger neurotischer Symptome. — Präsident Dr. *Geo. W. Jacoby*: Es scheint mir auch, wie einige der Herren Vorredner hervorgehoben haben, dass es sich durchaus nicht darum handelt, ob wir die Sache Gastroptose, Atonia gastrica oder Enteroptose nennen, sondern, dass wir bei all' diesen Benennungen doch immer nur ein Glied von einer ganzen grossen Kette haben, und dass es sich um einen angeborenen Schwächezustand handelt. Es handelt sich hier ganz einfach um einen anderen Namen für die von *Beard* eingeführte Bezeichnung, Neurasthenie. Die Beweise, dass es sich hier um einen angeborenen Zustand handelt, um eine congenitale Sache, die sich dann später ausbildet, hat keiner besser und schöner gebracht, als der erwähnte Dr. *Stiller* aus Buda-Pest. Ich halte den Namen *Stiller* für die Lehre der Gastroptose und Enteroptose gleichbedeutend mit dem von *Glenard*, und dem von *Weir-Mitchell* für die Lehre der Neurasthenie. *Stiller* hat nachgewiesen, dass es sich bei allen diesen Enteroptotikern um eine bewegliche zehnte Rippe handelt; nicht nur um eine *bewegliche* zehnte Rippe, sondern um eine zehnte Rippe, bei der die Rippenspange vollständig fehlt. Er hat das auch an Leichen nachgewiesen. Er hat gezeigt, dass die zehnte Rippe bei derartig Belasteten so angelegt ist, wie sonst normaliter die elfte und zwölfte es sind, und stellte dieses Verhalten als Stigma gastroptoticum oder enteroptoticum dar. Ich habe mir ziemlich viel Mühe gegeben seit einigen Jahren, diese Arbeit von *Stiller* zu prüfen und habe alle Neurastheniker, die ich gesehen habe und die über diese nervösen Magen- oder Darmerscheinungen klagten, daraufhin untersucht, und ich kann nur bestätigen, was *Stiller* veröffentlicht hat, nämlich, dass wir in fast allen Fällen von Enteroptose eine ganz ausserordentlich bewegbare zehnte Rippe finden, eine Rippe, die man direct zwischen die Finger nehmen und bewegen kann, ganz genau

so wie die elfte und zwölfte. Wenn das nun als ein Stigma aufzufassen ist, genau so wie der erhöhte Sehnenreflex, so möchte ich sagen, dass ich durchaus nicht mit der Auffassung von Dr. *Fraenkel* übereinstimmen kann. Nebenbei gesagt bin ich der Ansicht, dass es sich in allen diesen Fällen um eine Erhöhung der Sehnenreflexe handelt, nicht um eine Debilität oder Herabsetzung der Sehnenreflexe, wie ich Dr. *Fraenkel* zu sagen verstanden habe. Wenn es sich hier also um ein Stigma handelt, so ist es natürlich eine angeborene Atonie des ganzen Nervensystems, und wenn es sich um Atonie des ganzen Nervensystems handelt, dann können wir durch oberflächliche locale Behandlung absolut nichts ausführen, sondern nur durch allgemeine Behandlung, und das Gute, das wir dieser localen Behandlung zuschreiben, ist einfach der Ruhe zuzuschreiben; mithin ist die ganze Deduction der Sache die, dass wir mit localen Mitteln allein absolut und niemals einen permanenten Erfolg erzielen können, sondern nur einen palliativen. — Dr. *A. Rose* (Schlusswort): Ich freue mich sehr, dass mein Vortrag eine so eingehende Discussion gefunden hat. Die Herren Opponenten haben mir im Grunde genommen eigentlich gar nicht widersprochen. Dr. *Einhorn* hat manches ausgeführt was ich einfach angedeutet hatte. Ich bestehe nicht darauf, einen practischen Unterschied zwischen Atonia gastrica und Magenerweiterung zu verwerfen, sondern festzustellen, dass wissenschaftlich kein Unterschied besteht. Eine Magenerschlaffung muss auch eine Magenerweiterung sein, und eine Magenerweiterung besteht nicht ohne Gastroptosie. Ob man das immer practisch nachweisen kann, ist eine andere Sache. Es mag sich practisch nicht bewähren, auf der wissenschaftlichen Thatsache zu bestehen. Ich habe ganz bestimmt hervorgehoben, dass Gastroptosie meist eine congenitale Anlage, dass sie angeboren ist, doch konnte ich dies nicht ausführlich verfolgen und auch die *Stiller'schen* Arbeiten nicht besonders besprechen, weil ich mich in einem Zeitraum von einer halben Stunde zu bewegen hatte. Die Herren *Fraenkel* und *Einhorn* sagen, dass der Verband nicht sehr viel nütze, um die Kräfte zu heben, dass man mehr Gewicht auf das Essen legen solle. Ganz recht, aber die Kranken können nicht essen. Wenn Dr. *Fraenkel* sich einen Patienten mit ausgebildeter Gastroptosie vorstellt, der nicht essen kann, der alles erbricht, der beständig hustet, der aber, wenn man ihm einen Verband anlegt, nicht mehr erbricht und nicht mehr hustet, sondern essen kann, isst und an Gewicht zunimmt, dessen Muskeln kräftiger werden, eben weil er wieder genährt wird, wie ich dies an dem Fall des Herzkranken nachgewiesen, so ist Dr. *Fraenkel*, der glaubt, dass während des Tragens des Verbandes die Muskeln geschwächt würden, widerlegt. Der Verband bleibt nicht lange liegen. Die atonischen Gewebe sind nach fünf Wochen gewöhnlich so tonisirt, dass die Patienten dann auch ohne Verband weiter behandelt werden können. Ich will nicht behaupten, dass dies die einzige Behandlung für Gastroptosie ist, aber es ist die hauptsächlichste Behandlung und die erste in ausgesprochenen Fällen, und dem entsprechen meine Krankengeschichten, die ich hier mitgetheilt habe. Man mag sich nur diesen Fall von Herzfehler vorstellen, in dem Gastroptosie bestand. Da hatte man sich alle Mühe gegeben, Diät und Medicamente versucht, damit der

Kranke mehr esse, aber Alles umsonst; erst nach Anlegung des Verbandes vermochte Patient Nahrung zu behalten, zu verdauen. Es wurde gesagt, dass es gleichgültig sei, ob eine Binde oder dieser Heftpflasterverband angelegt wurde. Nun, es besteht hier derselbe Unterschied, wie wenn man einen Schienenverband oder einen Gypsverband anlegt. Der Heftpflasterverband übt einen gleichmässigen, gleichmässig vertheilten Druck aus und wirkt dadurch sehr wohlthuend. Wenn man mit der Fingerspitze auf die Hand drückt, kann man Schmerz verursachen, nicht aber wenn man mit der flachen Hand drückt. Das ist der Unterschied zwischen diesem Heftpflasterverband und einer Binde. Man wird an das Ei des Columbus erinnert. Es versteht sich von selbst, dass der Verband von Werth ist, seit man weiss, dass er überhaupt vertragen wird.

Der Bericht des Lungenheilstätte-Comités wird verlesen, paragraphenweise durchberathen, und nach Amendirung der Paragraphen 3 und 4 und Streichung der Paragraphen 5, 6, 7 und 8 durch Antrag an das Comité zur weiteren Berathung zurückverwiesen.

Auf Anfrage bestätigt der Präsident es als seine Ansicht, dass das Comité die Vollmacht habe, das in dem Bericht vorgesehene grössere Comité zu bilden.

Zur Mitgliedschaft vorgeschlagen: Dr. *Adolf Rostenberg*, 552 Ost 163. Strasse von Dr. *Selian Neuhof*.

Hierauf Schluss und Vertagung.

Dr. *John A. Beuermann*, prot. Secretär.

Montag, den 6. Mai 1901.

Präsident Dr. *Geo. W. Jacoby* eröffnet die Sitzung um 8¼ Uhr.

Secretär Dr. *John A. Beuermann* verliest das Protocoll der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird.

Secretär Dr. *A. Rose* verliest einen Brief des Vorsitzenden aus der Sitzung des Verwaltungsraths des Lungenheilstätten-Comités, Dr. *L. Weber*, in dem der Wunsch ausgedrückt wird, der weiteren Berathung des Gegenstandes enthoben zu werden.

Ein Antrag, gemäss der Empfehlung des Verwaltungsrathes, dem Wunsche zu entsprechen, wird von Dr. *Freudenthal* gestellt.

Präsident Dr. *Geo. W. Jacoby*: Das würde also in sich schliessen, dass das Comité entlassen ist. Diejenigen Herren, welche für Annahme des Antrags sind, wollen gefälligst „ja" sagen. (Geschieht.) Der Antrag ist angenommen.

Ich habe aus derselben Sitzung des Verwaltungsraths noch mitzutheilen, dass derselbe aus Anlass der *Virchow* Stiftung, für die jetzt gesammelt wird, beschlossen hat, zu empfehlen, dass die Gesellschaft sich mit einem Beitrag von 500 M. aus der Kasse der Gesellschaft betheiligt.

Dr. *Carl Beck*: Ich stelle den Antrag, diesen Betrag auf 1000 M. zu erhöhen. (Unterstützt.)

Dr. *A. Rose*: Ich möchte Sie doch bitten, nicht so schnell darüber zu bestimmen, sondern erst auszufinden, wie hoch die Beträge im Allgemeinen sind. Wir haben schon einmal zu der *Virchow*-Stiftung eine Summe gegeben, und es würde sich vielleicht empfehlen, auch diesmal dieselbe Summe zu bewilligen, die wir vor 10 Jahren gegeben haben.

Präsident Dr. *Geo. W. Jacoby*: Vielleicht wird Herr Dr. *Beck* seinen Antrag so fassen, dass es heisst, 500 M. oder 1000 M., je nach Gutdünken des Verwaltungsraths.

Dr. *Carl Beck*: Die Verdienste *Virchow's* sind so ausserordentlich gross, und es giebt wirklich keinen Gelehrten, der jetzt lebt, dem wir so ausserordentlich viel zu verdanken haben. Ich meine, da wäre die Summe von 1000 M. nicht zu hoch. Wir müssen ferner auch bedenken, dass wir als sog. Amerikaner immer als Leute hingestellt werden, die sich nicht gut mit einem kleinen Betrag an einer so grossen Sache betheiligen können. Ich denke, wir sollten 1000 M. als Minimalsumme betrachten bei einer so ausserordentlichen Gelegenheit, die sich niemals wiederholen wird.

Dr. *Louis Heitzmann*: Was Dr. *Beck* bemerkt, ist vollkommen richtig, obwohl es sich nicht um die Frage von *Virchow*, sondern um eine *Virchow*-Stiftung handelt. Ich habe im Verwaltungsrath 500 M. vorgeschlagen, schliesse mich aber jetzt dem Antrag auf 1000 M. an.

Präsident Dr. *Geo. W. Jacoby*: Wenn keiner der Herren gegen 1000 M. sprechen will, so können wir über die Sache abstimmen. Die Herren, welche für die Bewilligung von 1000 M. sind, wollen gefälligst „ja" sagen. (Geschieht.) So beschlossen.

1. *Vorstellung von Patienten und Demonstration von Präparaten, Instrumenten u. s. w. ..*

a. Dr. *Carl Beck*: *Ein Fall von alveolärem Melanosarcom.*

Der 36jährige Patient, welchen ich Ihnen nach Beschreibung der Krankengeschichte vorstellen werde, leidet an alveolärem Melanosarcom. Er hat seiner Zeit die Amputation, welche sicherlich die einzig mögliche Therapie dieses ausserordentlich malignen Leidens verkörpert, verweigert. Er wurde an Weihnachten vorigen Jahres an mich gewiesen und zeigte damals eine ungefähr apfelgrosse Geschwulst am äusseren Malleolus. (Illustration.) Er sagte mir, dass er vor etwa 15 Jahren einen schwarzen Fleck, also vielleicht ein Muttermal, dort beobachtet habe. Vor einem Jahr wurde dieses Mal zur Warze, welche, wie er sich ausdrückte, im December aufbrach. Er verordnete sich dann Carbolbäder, und als es nicht besser wurde, consultirte er Ende vorigen Jahres einen Collegen, der die Güte hatte, mir den Fall zu überlassen. Ich hatte damals den Eindruck, dass es sich um ein Lymphosarcom handelte. Mittlerweile hatte sich auch in der Leiste eine apfelgrosse Drüse gezeigt, die dringend vorgeschlagene Exarticulation in der Hüfte wurde jedoch vom Patienten, sowohl als den Verwandten rundweg abgelehnt. So begnügte ich mich denn mit einer bis auf das Periost reichenden Exstirpation der Geschwulst und der Entfernung der Leistendrüse. Die microscopische Untersuchung der exstirpirten Geschwulst ergab Vorhandensein von Pigment, und so wurde es klar, dass es sich um eine der bösartigen Formen des Sarcoms, nämlich ein Melanosarcom handelte, und es war deshalb nicht zu verwundern, dass

bald nach der Exstirpation sich ein Recidiv zeigte. Seit Weihnachten vorigen Jahres bis vor ungefähr 6 Wochen hatten sich im Ganzen 3 Recidive eingestellt. Als der Patient sich zum ersten Mal vorstellte, waren diese kleinen Metastasen am Unterschenkel, wie Sie aus der ersten Photographie ersehen, noch nicht sichtbar gewesen. Da der Patient sich einer radicalen Behandlung widersetzte, so dachte ich nun zunächst an Toxininjectionen. Trotzdem dieselben sich in meinen Händen bei relativ häufiger Anwendung nie bewährt hatten, so glaube ich, dass sie in einem so desperaten Falle doch immer wieder verdient, versucht zu werden. Da kam mir gleichzeitig der Gedanke, einen Versuch mit den Röntgenstrahlen zu machen. Die ausgezeichneten Resultate, wie sie bei der Behandlung von Lupus, Epitheliom und anderen Hautaffectionen erzielt wurden, waren auch von mir bestätigt worden und so begann ich, ohne irgend welche kühne Hoffnungen zu hegen, zunächst den nach der dritten Exstirpation gebliebenen Defect zu bestrahlen, zuerst 10, dann 20 und zulezt 45 Minuten. Nachdem 6 Wochen vergangen sind, hat sich nicht blos keine Spur eines Recidivs an der Knöchelstelle bemerkbar gemacht, sondern, mirabile dictu, eine Anzahl der melanotischen Knollen der Wade, wie sie dieses Bild veranschaulicht, sind theils völlig vernarbt, theils geschrumpft. Es kann also gar keinem Zweifel unterliegen, dass die Röntgenstrahlen einen Einfluss auf die Granulationsfläche der Malleolargegend gehabt haben. Mittlerweile ist die Drüse in der Leistengegend enorm gewachsen. Es ist meine Absicht, Morgen die Exstirpation dieser Drüsenconvolute vorzunehmen. Es ist wohl denkbar, dass nachdem dasselbe exstirpirt ist, durch die Röntgenstrahlen noch ein Einfluss auf die Sarcomzellen in der Tiefe ausgeübt wird. Ich möchte nochmals sagen, ich knüpfe keine grosse Hoffnung an die Behandlung, aber Sie werden meine Versuche in einem so verzweifelten Fall, selbst wenn sie resultatlos geblieben wären, gerechtfertigt finden. Wenn wir Geschwulstbezirke, die das Messer nicht erreicht, mit einem mächtigen antiparasitären Agens, wie es die Strahlen sind, durchdringen können, so sollten wir doch den Versuch machen. Die Thatsache besteht, dass im Gegensatz zu dem früheren Verlauf nach vorhergehenden Exstirpationen nicht nur kein Recidiv eintrat, sondern ausgeprägtes Sarcomgewebe ohne jeden chirurgischen Eingriff vernarbte. Diese Lokalheilung wird freilich dem Patienten nicht mehr viel nützen, und ich bedauere nur, dass mir der Gedanke an diese Behandlungsweise nicht früher gekommen ist. (Demonstration des Patienten.)

Ich möchte Ihnen nun den Fall einer Resection von Rippen- und Costalpleura vorstellen, den ich vor einigen Tagen erst operirte. Der Patient erkrankte, so viel mir bekannt ist, im November 1899 an Pleuropneumonie, welche einen protrahirten Verlauf nahm. Es soll sich dann eitrige Flüssigkeit im Pleuraraum gebildet haben, welche Anfang vorigen Jahres durch Schnitt entleert worden sein soll. Die Cavität schloss sich nicht, und es wurde dann im Ganzen fünfmal eine mehr oder minder ausgedehnte Rippenresection zu verschiedenen Zeiträumen vorgenommen, ohne dass die Cavität zum Verschluss gebracht worden wäre. Als ich den Patienten zum ersten Mal Mitte März dieses Jahres sah, fand

ich eine Fistel in der Höhe der sechsten Rippe in der hinteren Axillarlinie. Eine Untersuchung mittelst der Sonde, sowohl als mit Flüssigkeit ergab das Vorhandensein einer verhältnissmässig kleinen Höhle, was eigentlich im Widerspruch zu den allgemeinen Symptomen stand. Der Patient zeigte phthisischen Habitus. Der Verdacht auf Tuberculose war somit gerechtfertigt, die microscopische Untersuchung ergab indess ein negatives Resultat. Ich machte nun zunächst einen Explorativschnitt oberhalb der alten Fistel über der sechsten Rippe. Ein Theil derselben existirte noch an dieser Stelle, ein anderer war bereits resecirt. Nach Entfernung der Fragmente fand sich eine ungeheuer verdickte Pleura. Die Costalpleura war stellenweise einen Zoll dick, wodurch es sich erklärt, dass die vorausgegangenen Resectionen, die ja alle durchaus indicirt waren, nicht von Erfolg begleitet waren. Denn an Stelle der knöchernen Rippe hatte sich eben ein kolossaler Costopleuralpanzer, aus fibrösen Massen bestehend, gebildet, welche dem Zusammenfallen der Thoraxwand einen ebenso grossen Widerstand entgegensetzten, als wenn sie aus Knochen bestanden hätten. Man musste sie also in derselben Weise behandeln, d. h. sie exstirpiren. Ich habe mir nun erlaubt, eine kleine Modification der *Schede*'schen Operation zu machen. Bei einer ausserordentlich verdickten Pleura braucht man nicht das sonst so sehr desirable schrittweise Vorgehen zu befolgen, sondern man kann einfach die verdickte Pleura zusammen mit der Rippe durchschneiden und dann eine zweite Rippe etc. ebenfalls durchschneiden und zurückklappen, ohne dass man eine Arterienpincette anlegt. Die Arterien sind durch die fibrösen Massen derart comprimirt, dass sie nur wenig bluten.

Ich stelle den Fall auch deshalb vor, weil er beweist, dass man, wie ich in dieser Gesellschaft schon oft zu sagen Gelegenheit hatte, auch zu Anfang besser eine Rippenresection ausführt. Es ist keine Frage, dass manche Fälle bei einfachem Schnitt oder sogar nach Punction heilen, aber wir wissen niemals, welche Fälle gerade dazu geeignet sind, und die pathologische Untersuchung kann einem wohl Winke dafür geben, aber ausschlaggebend für den Practiker können dieselben nicht sein. Um allen künftigen Eventualitäten entgegenzutreten, ist es besser, von vorn herein eine Rippenresection vorzunehmen. Ich habe nicht gewartet, bis der Patient ganz gesund war, sondern hielt es für opportun, ihn schon kurz nach der Operation vorzustellen, so dass Sie sich vom Fortgang der Heilung überzeugen können.

Was die Frage der Tuberculose betrifft, so stammt der Patient aus sehr gesunder Familie. Er ist 38 Jahre alt, und seine Grossmutter und beide Eltern leben noch und sämmtliche fünf Geschwister. Ich bin überzeugt, dass der Fall allmählich ausheilen wird. (Demonstration des Patienten und Vorzeigung der Röntgenbilder.)

Um zu zeigen, dass die primäre Resection das beste Verfahren darstellt, erlaube ich mir noch einen Patienten vorzustellen, der vor einem Jahre erst punktirt und dann durch Schnitt operirt worden war. Die Höhle schloss sich aber nicht, und nach sechs Monaten war ich doch genöthigt, die Rippenresection auszuführen. Wenn dieselbe gleich von vornherein ausgeführt worden wäre, würde man sicher ein viel rascheres

Resultat erzielt haben. Ich stelle diesen Fall auch vor, um zu zeigen, wie schön man die Knochenregeneration vom Periost aus durch die Röntgenstrahlen beobachten kann. (Vorzeigung der Röntgenbilder.)

Zum Schluss erlaube ich mir noch einen Fall vorzustellen, in dem ebenfalls die Röntgenstrahlen sehr genau den Weg vorgezeichnet haben, den man operativ zu gehen hatte und um zu zeigen, in welch' einfacher und zielbewusster Weise man heutzutage im grossen Gegensatz zu früheren Jahren vorgehen kann. Ich muss auch in diesem Fall bedauern, mich nicht früh genug eines mir so nahe liegenden Hilfsmittels bedient zu haben. Ich hätte dem Patienten jedenfalls etwas früher helfen können, würde ich nur daran gedacht haben. Derselbe erkrankte vor etwas über einem Jahr an einer aseptischen Phlegmone des Vorderarms, bedingt durch Zermalmung der dritten Phalanx seines kleinen Fingers. Die Amputation war ziemlich spät vorgenommen worden, als schon eine ausgedehnte Tendinitis und Tendovaginitis des Vorderarms mit Necrose der Muskelinterstitien bestand. Das Befinden des Patienten war zu jener Zeit ausserordentlich schlecht, Temperatur 105, Puls 150 u. s. w. Der Process kam darnach zum Stillstand, die Besserung ging dann rasch vor sich, aber es blieb eine kleine Fistel an der unteren Ecke der Wunde. Ich sondirte dieselbe wiederholt, aber da ich keinen rauhen Knochen fühlen konnte, redete ich mir ein, dass ich mich geirrt hätte, und behandelte ihn nach allgemeinen Grundsätzen weiter. Da die Fistel aber unverändert weiter bestand, dachte ich die Röntgenstrahlen zu befragen. Das Skiagramm zeigte einen 3 Zoll langen Knochensplitter, der sich von der Innenfläche des Radius exfoliirt hatte. Es war nun ein Leichtes, denselben zu extrahiren. Das Röntgenbild zeichnete die Länge und Richtung des Schnittes genau vor. Bei der Operation zeigte sich der Splitter an seiner Oberfläche von fibrösem Gewebe umgeben, wodurch sich erklärt, dass die Berührung mit der Sonde kein Gefühl ergab wie man es bei rauhem Knochen empfindet. Die übrigen, der Sonde nicht zugänglichen Theile, hatten rauhe Oberflächen. Sie sehen, mit wie grosser Sicherheit man heutzutage eine solche Operation ausfhrt. Früher hätte ich einen grossen Schnitt machen und lange suchen müssen, um den Knochen zu finden. Aber durch die Röntgenstrahlen war mir der Operationsplan genau vorgezeichnet, und ich war ganz genau unterrichtet, wie tief ich zu incidiren hatte, um auf den Splitter zu kommen.

Ich möchte bei dieser Gelegenheit hinzufügen, dass ich in letzter Zeit versucht habe, inficirte Wunden mit Jodtinctur zu behandeln. Mir schwebte das Beispiel von *Miculicz* vor, der diese Mittel für die Desinfection des unteren Nagelraums angepriesen hat. Die Jodtinctur hat eine gewisse Fernwirkung. Bacterien, die an der Oberfläche haften, können wir durch Sublimat abtödten, in die Gewebe dringt dasselbe jedoch nicht. Aber mit der Jodtinctur können wir immer noch einen Theil der in die Gewebe vorgedrungenen Bacterien erreichen.

b. Dr. *W. Freudenthal* (Patienten vorstellend).

Dieser Patient wurde mir vor einigen Tagen aus Curaçao, West Indien, zugeschickt. Sein Arzt, Dr. *Lenz*, ein holländischer Stabsarzt,

begleitete ihn, ist aber jetzt wieder abgereist. Die Anamnese ergiebt folgendes: Vor sechs Jahren erkrankte dieser Herr, der jetzt 45 Jahre alt und verheirathet ist, aber keine Kinder hat, an einem Ulcus rodens, das unterhalb der Ohrmuschel anfing und sich sehr bald auf die Ohrmuschel weiter fortsetzte. Dr. L. cauterisirte dieses Ulcus rodens wiederholt und sagte, er hätte es zu einer Zeit so ziemlich in seiner Gewalt gehabt. Es schritt nach einem Jahr nicht weiter vor, nachdem er es mit einer Arseniklösung geätzt hatte. Aber der Process hörte nicht auf, und der Patient begab sich in Behandlung anderer Aerzte, und auf Anrathen derselben, da der Process scheinbar wieder Fortschritte machte, unterzog er sich im Juni vorigen Jahres einer Operation. Sie sehen, dass der grösste Theil der Ohrmuschel und die Haut hier vollständig entfernt ist. Dr. L. sah den Patienten vorher und sagte mir, dass er *gegen* eine solche radicale Operation gewesen war. Der Patient hörte ganz gut auf dem Ohr bis zum Juli vorigen Jahres. Nach der Operation hörte er nichts und hört auch heute nichts, aber ausserdem stellte sich sehr bald Eiterung ein. Einer der ihn behandelnden Aerzte cauterisirte das Innere des Gehörgangs mit dem galvanocaustischen Brenner, aber die Secretion wurde stärker. Nun unterliegt es keinem Zweifel, dass das Ulcus rodens weiter nach innen gegangen ist und die Eiterung dort hervorgerufen hat. Wie es da innen eigentlich aussieht, können wir gar nicht beurtheilen. Es gelang mir nicht einen Ueberblick zu bekommen, da am äusseren Gehörgang eine sehr starke narbige Contraction eingetreten ist. Man fühlt aber mit der Sonde nach vorn zu eine rauhe Stelle. Das beweist also, dass der Process nach vorn zu gegangen ist. Es fragt sich nun, was wir hier für den Patienten thun können. Ich muss erwähnen, dass Lues ausgeschlossen ist, ebenso Tuberculose wie auch Lepra, woran man bei dem Wohnort des Patienten denken könnte. Ich glaube, es unterliegt keinem Zweifel, dass die ursprüngliche Diagnose richtig ist. Ich war nun ungewiss, was ich hier für den Patienten thun sollte, und ich habe auch Strahlen angewendet wie Dr. *Beck*, aber nicht Röntgenstrahlen, sondern einfach electrisches Licht. Wir wissen ja, dass das electrische Licht bacterientödtend ist, und wenn hier Bacterien so auf der Oberfläche wirken, so sagte ich mir, dass das Licht hier einen sehr guten Platz haben würde, um seine wirkungsvolle Kraft ausüben zu können. Das Resultat ist so weit sehr gut, und ich wollte schon deshalb heute den Fall hier vorstellen, weil ich nicht weiss, wann der Patient in seine Heimath zurückreisen wird. Die Secretion, welche vorige Woche sehr stark war, ist bedeutend verringert, so dass ich ihn jetzt ganz ohne Verband gehen lasse, was er früher nicht thun konnte. Ich werde mir vielleicht erlauben, nächsten Monat über den weiteren Fortschritt dieses Falles zu berichten.

c. Demonstration von stereoscopischen X-Strahlen-Photographien von Dr. *C. H. Jaeger.*

Die gewöhnlichen Röntgenphotographien sind nicht vollkommen. Die Bilder sind flach, haben keine Tiefe und keine Perspective. Die Stereoscopie hat nun in der gewöhnlichen Photographie so schöne Bilder ergeben, dass es nahe lag, zu versuchen, dieselbe auch in der Röntgographie

anzuwenden. Das Verfahren besteht darin, dass man den Gegenstand von zwei verschiedenen Beleuchtungspunkten aus photographirt, die Platten auf die gewünschte Grösse reducirt und dann durch das Stereoscop betrachtet. Um den Körpertheil in derselben Stellung zu erhalten während man die zwei Aufnahmen macht, bedient man sich einer speciellen Cassette, die folgendermaassen eingerichtet ist. In der Mitte der Cassette befindet sich eine Pappeplatte, an diese grenzt zu beiden Seiten je eine Zinkplatte von der Grösse des photographischen Negativs. Während der zu photographirende Körpertheil auf die Pappeplatte gelegt wird, werden die zwei photographischen Platten eingeschoben und zwar so, dass bei Exponirung der einen unter der Pappeplatte und dem zu photographirenden Körpertheil, die andere unter eine der Zinkplatten zu liegen kommt und vor den Röntgenstrahlen geschützt ist. Die röntgographische Aufnahme findet nun statt, und zwar wird die Röntgenröhre drei Viertel Centimeter zur rechten einer gedachten Perpendikulären über dem zu photographirenden Gegenstand eingestellt. Bei der zweiten Aufnahme wird die Röntgenröhre nach links eingestellt und zwar 3½ Centimeter zur linken der gedachten Perpendikulären. Wie Sie bemerken, repräsentiren diese zwei Stellungen der Röhre 7 Centimeter, welches der Entfernung zwischen beiden Augen entspricht und erscheint es durch diese Erklärung leicht begreiflich, warum diese Aufnahme von zwei verschiedenen Punkten gemacht werden müssen. (Demonstration von mehreren Bildern.)

d. Dr. *Max Toeplitzs Ein neues Tonsillotom:*

Es giebt eine Anzahl von allgemeinen Chirurgen, welche behaupten, dass ein Tonsillotom eigentlich nicht nöthig ist; man könne die Tonsillotomie mit einem Messer und einer Pincette ausführen. Aber eine solche Operation ist eigentlich keine Tonsillotomie im Sinne der Laryngologie, sondern die Amputation eines kleineren oder grösseren Stückes der Mandel. Jetzt wird die Tonsillotomie meist mit dem *Fahnenstock*'schen oder einem anderen Instrument gemacht, das für den Zweck der vollständigen Herausnahme der Mandel construirt. Das *Mathieu*'sche Instrument ist eine Modification des *Fahnenstock*'schen. Das ist wohl bis vor einigen Jahren das gebräuchlichste Instrument gewesen. Ein anderes ist das *MacKenzie*'sche, welches ein Messer hat, das, statt von hinten nach vorn zu ziehen, von vorn nach hinten durchstösst. Letzteres wurde von dem Instrumentenmacher *Reiner* modificirt durch Hinzufügung einer Gabel, welche vorn die Tonsille erst anspiesst. Ich mache diese Vorbemerkungen, um zu zeigen, weshalb ich dieses Instrument habe construiren lassen. Ich habe in den letzten 16 Jahren mit dem *Reiner*'schen Tonsillotom viele Tonsillotomien ausgeführt. Wenn das Instrument neu ist und gut geschliffen, dann hat es in meinen Händen vorzüglichen Erfolg gehabt. Aber wenn das Instrument in längerem Gebrauch ist und das Messer abgeschliffen ist, erlebt man verschiedene Unfälle. Manchmal bleibt das Instrument stecken, man bekommt unliebsame Blutungen, muss ziehen, stossen, zerren, und die Tonsille kommt nicht glatt heraus. Ich habe deshalb ein Instrument verfertigen lassen, welches die Nachtheile

anderer Instrumente nicht hat, da es weder zerrt noch stösst. Es ist eigentlich ein hohlgeschliffenes Rasirmesser, welches die Tonsille abschneidet ohne dass irgend welcher Druck oder Stoss dabei ausgeübt wird. Das Princip des Instruments finde sich in dem sog. „Zungentonsillotom." Es müsste dann eigentlich heissen Glosso-Amygdallotom und nicht Linguotosillotom. Dieses Instrument wird dazu benutzt, um am Zungengrund die Ansammlung von adenoiden Gewebsstücken, die Zungenmandel, zu entfernen. Die Construction desselben habe ich diesem Amygdallotom zu Grunde gelegt, aber insofern verändert, als ich dieses Messer, das in dem Glosso-Amygdallotom gekrümmt ist, gerade machte und zwei Grössen anfertigen liess, dass ich es ferner stärker anfertigen liess und schliesslich, dass ich die Gabel, die bei den früheren Instrumenten fest verbunden war, nicht fest liess, sondern so einrichtete, dass sie herausgenommen werden und das Instrument aseptisch gemacht werden kann. Ein Vorzug ist noch der, dass für die zwei Grössen der Rachen- und die der Zungenmandel ein einziger Griff vorhanden ist. Das Instrument hat also den grossen Vortheil, 1., dass es ausserordentlich überraschend schneidet. Der zweite Vortheil, den ich heute erst wieder bemerkt habe, ist der, dass es so schnell schneidet, dass der Operateur selbst darüber überrascht ist. Drittens ist es sehr preiswerth. Diese Instrumente zusammen kosten so viel wie ein einziges Tonsillotom sonst im Handel kostet.

Dr. A. *Jacobi*: Wie ich höre, haben Sie heute in betreff des *Virchow*-Fonds einen Beschluss gefasst, und es wird Sie vielleicht interessiren, das ursprüngliche Circular des Comités zu vernehmen. Ich habe die Aufforderung, mich der Sache anzunehmen, bereits vor längerer Zeit erhalten, habe derselben aber bisher nicht entsprochen, weil ich es für besser hielt bis zum Frühjahr zu warten. Je früher eine Sache in Anregung gebracht wird, desto leichter wird sie vergessen. Ich dachte daher, dass etwa der April die beste Zeit sei. In dieser Zeit finden grosse nationale Versammlungen statt, und ich habe in einer derselben die Sache angeregt. Das ursprüngliche Cirkular lautet, wie folgt. (Liest.) Seit der Zeit ist dasselbe Cirkular wieder gedruckt worden mit dem Verzeichniss der Namen des sehr grossen Berliner und deutschen Comités, das zu demselben Zweck zusammengetreten ist. Zu gleicher Zeit sind Namen veröffentlicht worden, welche sämmtlichen civilisirten Staaten der Welt angehören, einer in jedem Lande. Ich freue mich nun, dass Sie die Sache bereits erledigt haben. Natürlich ist nicht ausgeschlossen, nachdem unsere Gesellschaft in liberaler Weise der Kundgebung beigetreten ist, dass auch die Privaten dasselbe thun und zu dem Zweck in ihre Taschen greifen.

Die zweite Mittheilung, die ich Ihnen machen möchte, ist kürzer. Die Universität Yale hat beschlossen, zur Feier des 200-jährigen Bestehens, welche im October stattfinden wird, Herrn Prof. Dr. *Waldeyer* die Ehrung des L.L.D. zukommen zu lassen. *Waldeyer* hat versprochen, herzukommen, und die amerikanischen Kreise haben sich dieser Thatsache schon bemächtigt. Natürlich wird New Haven in den Festlichkeiten, die ihm bereitet werden, obenan stehen. Von Johns Hopkins habe ich dasselbe gehört, und ich mache diese Mittheilung, weil ich mir denke,

dass die Deutsche Medicinische Gesellschaft von New York nicht zurückstehen wird, wenn es sich darum handelt, einen grossen deutschen Gelehrten, dem die Amerikaner eine besondere Ehre erweisen wollen, auch ihre Anerkennung und Ehrung in irgend einer Weise auszudrücken. *Waldeyer* wird ohne Zweifel Anfang October nach Amerika kommen und höchst wahrscheinlich ein paar Wochen hier bleiben. Am 13. oder 14. findet die Feier in New Haven statt, ein paar Tage später, wie ich vermuthe, in Baltimore, und es wäre vielleicht in der Ordnung, es unserem Verwaltungsrath zu überlassen, dasjenige zu thun, was ihm und durch ihn dem Verein zu thun belieben wird.

Präsident Dr. *Geo. W. Jacoby*: Wir sind Herrn Dr. *Jacobi* sehr dankbar für diese Mittheilung, und ich sehe einem Antrag entgegen.

Auf Antrag von Dr. *L. Weber* beschliesst die Versammulng, die Angelegenheit dem Verwaltungsrath zu überweisen.

2. *Vorträge.*

a. Dr. *W. Freudenthal*: *Ueber luetischen Primäraffect der Nasenschleimhaut.* (Vortrag ist in der Julinummer der Monatsschrift publicirt.)

Discussion. Dr. *H. G. Klotz*: Es war mir sehr interessant, etwas über den Gegenstand zu hören, besonders da die Fälle ausserordentlich selten sind. Wenn sie jetzt zahlreicher beobachtet werden, so geht es wie mit so vielen Gegenständen, es liegt daran, dass die Organe jetzt mehr untersucht werden. Der Vortragende hat hauptsächlich die Gefahr für den Arzt betont. Mir ist es merkwürdig, dass nicht mehr Fälle von Naseninfection bei Patienten beobachtet worden sind. Ich möchte noch auf einen Punkt aufmerksam machen, der interessant ist, dass nämlich *Moritz Cohn* in einer 1866 erschienenen Broschüre über Syphilis der Schleimhäute die Behauptung aufstellt, dass zuweilen auch bei Erwachsenen, aber fast ausschliesslich bei Kindern die primäre Affection der syphilitischen Infection idiopathisch unter dem Bild der sonst als secundär beobachteten Läsionen wie Papeln etc. auftritt. In *Kaposi's* später erschienenem Buch über Syphilis oder anderen seiner Schriften kann ich keine Andeutungen über diesen Punkt finden und scheint es, dass er selbst seine Ansicht darüber geändert hat. Ich habe aber Fälle gesehen, wo mir das auch ausserordentlich wahrscheinlich ist, und man sollte namentlich bei Kindern immer an diese Möglichkeit denken. — Dr. *Max Toeplitz*: Der Vortrag des Herrn Dr. *Freudenthal* war mir besonders auch durch den einen Umstand interessant, dass die primäre Läsion an der Nase nicht durch eine Induration, sondern durch Ulceration hervorgerufen war. Ich möchte hinzufügen, dass die Perforation der Nasenscheidewand nicht nur durch Bohren mit dem Finger hervorgerufen wird, sondern auch durch andere Momente, die auf dem internationalen Congress in Berlin erwähnt wurden, und zum Beispiel bei Arbeitern beobachtet wird, die in Schweinfurter Grün-Fabriken arbeiten. In einer Fabrik in Brooklyn wurden sämmtliche Arbeiter an der Nase erkrankt gefunden, die längere Zeit in der Fabrik gearbeitet hätten. Diese Perforationen sind bei Metall-, Glas- und Quecksilberarbeitern nicht sehr selten, und man muss das immer im Auge behalten. Ich habe auch im Jahre 1893 einen Fall auf dem ersten

Pan-Amerikanischen Congress veröffentlicht, wobei ein College eine Affection des Ohrs bekam, und zwar eine Labyrinthsyphilis, die ziemlich früh im Verlauf der Syphilis entstand. Die Syphilis hatte sich der betreffende College bei einer gynäcologischen Untersuchung zugezogen, und es fand sich später die Affection, wie Dr. *Lustgarten* bestätigte, als Primäraffection an der ersten Phalanx des mittleren Fingers der linken Hand. Als ich näher fragte, sagte er mir, dass er gewöhnlich mit der linken Hand und zwar mit zwei Fingern untersuche, und dass infolge dessen die Primäraffection am Mittelfinger der linken Hand auftrat. Die Beobachtung von extragenitaler Syphilis ist in New York sehr häufig und von *Harrison Griffin* sind viele Beobachtungen aus dem Bellevue Hospital beschrieben worden. — Dr. *Fred. Bierhoff*: Die Beobachtung der extragenitalen Syphilis ist in New York sehr häufig. Ich weiss nicht ob es den Collegen bekannt ist, dass hier im Bellevue Hospital mehr solcher Fälle beobachtet werden als irgend wo anders in diesem Lande. Dr. *Harrison* hat mehrere äusserst interessante Fälle vor einigen Jahren im New York Medical Jorunal veröffentlicht; ich weiss nicht, ob Nasensyphilis dabei ist, ich glaube aber ein oder zwei Fälle. Leider wird in diesem Lande allzuwenig über extragenitale Syphilis veröffentlicht, während in anderen Ländern und, in letzter Zeit, hauptsächlich in Russland, eine vorzügliche Statistik darüber geführt wird. Das interessante Werk von *von Petersen* und von *Stuermer* beweist, dass von allen Syphilisfällen, die in Russland auf dem Lande vorkommen, zwischen 80 und 90 Procent extragenital waren. In den grossen Städten fiel der Procentsatz sehr merkwürdig, so dass in den grössten Städten nur 3 Procent extragenital waren. Wir haben aber leider in Amerika eine allzu mangelhafte Statistik über extragenitalen Schanker. Ich bin der Ansicht, dass er weit häufiger vorkommt, als man annimmt. Mit Bezug auf die Mittheilung des Collegen *Freudenthal* möchte ich einen Fall erwähnen, der mir in der letzten Zeit zur Beobachtung kam. Es handelt sich um einen Herrn, der vor Kurzem bei einem Rhinologen in Behandlung war und operirt wurde. Es entstand auf der Operationswunde ein deutlicher Schanker. Der junge Mann machte eine schwere Syphilis durch. Er war zur Zeit ca. 14 Jahre alt und hat seitdem mehrere Recidive durchgemacht; ein Beweis, dass man nicht vorsichtig genug sein kann. Wir finden diesen Wund- und extragenitalen Schanker auch infolge der Instrumente der Zahnärzte. Es wäre vielleicht von Interesse und Werth, wenn von dieser Gesellschaft aus eine Bewegung ausgehen würde, um eine bessere Statistik über extragenitalen Schanker aufzustellen. — Dr. *W. Freudenthal* (Schlusswort): Ich möchte mir erlauben, Herrn Dr. *Klotz* zu erwidern, dass ich natürlich mehr von Aerzten gesprochen habe, weil mein Fall einen Collegen betraf. Die Fälle, wo Patienten durch die Instrumente des Arztes inficirt wurden, waren namentlich früher gar nicht so selten, wo die Patienten durch Ohrencatheter etc. angesteckt wurden. Aber das kommt bei den heutigen Methoden doch nur noch selten vor, höchstens bei den Instrumenten der Zahnärzte, die immer noch nicht die Gesetze der Asepsis in Anwendung bringen. Herrn Dr. *Toeplitz* möchte ich bemerken, dass mir die Fälle der Arbeiter mit Pariser Grün und dessen Einfluss auf die Schleimhaut

der Nase sehr wohl bekannt waren. Mich interessirte aber speciell das Bohren in der Nase, und die anderen Thatsachen, die zur Perforation führen, habe ich nicht erwähnt. Dass in Russland auf dem Lande auch jetzt noch 80 Procent bis 90 Procent aller Fälle extragenital sind, das ist ein ungeheurer Procentsatz, der unsere vollste Beachtung verdient.

b. Dr. *F. Foerster*: *Gynaecologische Krankheitsbilder von Allgemein-Interesse mie Demonstration von Präparaten.* (Der Vortrag ist in der Julinummer der Monatsschrift als Originalarbeit publicirt.)

Discussion. Dr. *Carl Beck*: Ich stimme mit allen Punkten, die Dr. *Foerster* uns in so interessanter Weise erörtert hat, überein und habe bis vor Kurzem auch in dem einen Punkt mit ihm übereingestimmt, dass die einzige Behandlung des Myoms eine frühzeitige Exstirpation sein sollte. Ich habe mich jedoch zu meinem nicht geringen Erstaunen bei einer mir nahestehenden Dame überzeugt, dass das oft belächelte Mammaextract eine ganz ausserordentliche Wirkung ausgeübt hat. Es handelte sich um ein Myom von der Grösse eines im 5. Monat graviden Uterus. Die betreffende Dame ist verheirathet, 38 Jahre alt und kinderlos. Sie nahm drei Tabletten *Armour'schen* Mammaextractes pro Tag. Nach 2 Wochen traten Palpitationen ein, so dass es einige Tage ausgesetzt werden musste um dann wieder mit Unterbrechungen genommen zu werden. Nach 4 Wochen hatte sich nach dem Urtheil zweier Gynäcologen, die zu dieser Gesellschaft gehören, das Myom zur Grösse eines Apfels vermindert. Die Feststellung der ursprünglichen Grösse des Myoms war durch einen hervorragenden Brüsseler, Bonner und Berliner Gynäcologen erfolgt. Es ist kein Zweifel, dass in gewissen günstigen Fällen Mammaextract eine Schrumpfung bewirkt. Ich muss es den Herren Gynäcologen überlassen, sich darüber weiter zu verbreiten. — Dr. *Louis Heitzmann*: Ich möchte auf zwei Punkte eingehen, die Dr. *Foerster* in seinem Vortrag erwähnt hat. Er sagt zum Schluss, dass Carcinome nicht nur im Alter vorkommen, sondern auch in jüngeren Jahren. Dies ist ein Punkt, der leider noch nicht gehörig gewürdigt wird. Ich hatte das vor Kurzem wieder Gelegenheit zu sehen. Es handelte sich um ein Medullar-Carcinom des Uterus bei einer 27jährigen jungen Frau, wo die Diagnose eigentlich recht leicht gestellt werden konnte. Ich machte die Diagnose, die später von einem anderen Pathologen bestätigt wurde. Dieser konnte zunächst aus dem Präparat, welches ihm zugeschickt wurde, kein Carcinom diagnosticiren und schrieb, dass er die Diagnose von Carcinom nicht annehmen würde, denn es sei ihm noch nie ein Fall bei einer so jungen Frau vorgekommen. Dieser selbe Pathologe kam aber dann zu mir und überzeugte sich davon, dass die Diagnose richtig war. Ich erinnere mich auch eines 16jährigen Mädchens, welche ein Carcinoma Mammae hatte. Diese Fälle sind nicht so selten, und müssen besser gekannt werden. Der zweite Punkt betrifft die Entartungen des Fibromyoms. Dr. *Foerster* sagt, dass besonders die carcinomatösen Entartungen selten vorkommen. Ich glaube aber, sie kommen recht häufig vor. Ich habe sie verhältnissmässig oft gesehen. Cystische Entartungen kommen oft genug vor.

Präsident Dr. *Geo. W. Jacoby*: Ich habe Ihnen mitzutheilen, dass

Dr. *G. H. Mendel* mit 35 Stimmen, und Dr. *Walter C. Klotz* mit 36 Stimmen als ordentliche Mitglieder der Gesellschaft aufgenommen worden sind.

Schluss und Vertagung.

Dr. *John A. Beuermann*, prot. Secretär.

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Chinasäure und Gicht.* Unter diesem Titel veröffentlicht de la Camp eine sehr interessante Arbeit aus der I. medicinischen Universitätsklinik in Berlin (Münchener med. Wochenschr. 1901, No. 30). Nachdem schon vor zwei Jahren über Versuche mit Chinasäure und deren Verwerthung bei der harnsauren Diathese berichtet worden war, wird neuerdings die Aufmerksamkeit auf das *Chinotropin* gelenkt, mit welchem *Nicolaier* ausgedehnte Untersuchungen angestellt hat. Chinotropin ist eine Verbindung von Chinasäure und Urotropin. *De la Camp* standen behufs Anstellung seiner Versuche zwei Präparate zur Verfügung, ein Chinotropin II, das 2 Molecüle Chinasäure und 1 Molecül Urotropin und ein Chinotropin III, das 4 Molecüle Chinasäure und 1 Molecüle Urotropin enthielt. Das Präparat wurde stets ohne jede unangenehme Nebenwirkung genommen. Als oberste Grenze wurden 7,5 Chinotropin II (entsprechend 1,5 g Urotropin) gewählt, im Uebrigen zwischen 5 und 6 g (dem Sidonal entsprechend) gegeben. *De la Camp* wählte das Chintropin zu seinen Versuchen und nicht ein anderes Chinasäurepräparat wegen seiner Verbindung mit Urotropin. Da nämlich letzteres schon im Organismus zersetzt wird und Formaldehyd bildet und daher leicht lösliche Harnsäureformalinverbindungen ermöglicht, wird es nicht nur bei Harnsäureconcrementen in den Harnwegen, wo es allein Vortheile bietet, verwendbar, sondern auch bei sonstigen Harnsäureablagerungen zu prüfen sein. Eine Dosis von 7½ g des Chinotropins II, das 1½ g Urotropin und 6 g Chinasäure enthält, ist die anzurathende, stets gut vertragene Dosis. Jedesmal, wenn *de la Camp* darauf untersuchte, konnte er im frisch gelassenen Harn der mit Chinotropin Behandelten Formalin nachweisen. Der Urin, der vorher oft hochgradiges Harnsäuresediment enthielt, wurde meist schon am zweiten Tage klar gelassen.

Ohne hier weiter auf die von *de la Camp* erzielten Resultate einzugehen, sei nur mitgetheilt, dass nach dieses Autors Ueberzeugung Chinasäure, resp. Chinotropin als die bisher bestbegründeten Gichtmittel zu weiteren Untersuchungen empfohlen werden können. Daneben wird man aber von einer diätetischen Behandlung und ferner einer Behandlung mit kohlensauren Wässern, in der Weise, wie sie jüngst wieder von *Klemperer* begründet und empfohlen worden ist, nicht absehen können. Grösser scheinen noch die Chancen für das Chinotropin für die harnsauren Concremente zu sein. Chinasäure ist selbst in hohen Dosen unschädlich.

— *Zur conservativen Behandlung von Furunkeln* empfiehlt *Ullmann* das Ichthyol in spirituös-ätherischer Lösung (Ichthyol 6,0, Spir. vin. dilut., Aether. sulfur. $\overline{aa}$ 7,0), welche mindestens zwei- bis dreimal täglich auf den Furunkel und dessen rasirte Umgebung im weiten Umkreise aufgepinselt wird. Bei restlichen, stärkeren Infiltraten wird nach mehreren Tagen noch 1 Procent Chrysarobin zugesetzt. An behaarten Körperstellen verwendet er 5—10 Procent Ichthyolöl oder Ichthyolvaselin mit 1—2mal täglicher Application. Wo kein Fett vertragen wird, 5 Procent Ichthyolborsäurepulver oder Betupfen der Stellen mit Acid. boric. 3,0, Acid. salicyl. 0,1, Aq. dest. 100,0, resp. Umschläge mit dieser Lösung. (Wiener med. Wochenschr. 1900, No. 35, ref. in Prager med. Wochenschr. 1901, No. 31.)

Kleine Mittheilungen.

— Die diesjährige Jahresversammlung der *Medical Society of the State of New York* wird am 15. und 16. October in der New York Academy of Medicine, 17—21 West 43. Strasse, abgehalten werden.

— In den Tagen vom 10. bis zum 14. December 1902 wird in Cairo unter dem Protectorate des Khedive der *erste ägyptische medicinische Congress* stattfinden. Alle auswärtigen Regierungen sind hiervon auf diplomatischem Wege in Kenntniss gesetzt worden. Die Arbeiten des Congresses werden speciell den ägyptischen Verhältnissen Rechnung tragen und sich daher mit Fragen beschäftigen, wie: die Bilharzia, Anchylostomus duodenalis, biliöses Fieber, Leberabscess etc. Die Epidemien, die seit einigen Jahren regelmässig Aegypten befallen und von da aus die Hafenstädte des Mittelmeeres bedrohen, sowie die gegen dieselben erforderlichen Schutzmaassregeln, Quarantainen, werden gleichfalls auf der Tagesordnung des Congresses stehen.

Ehrenpräsidenten des Congresses sind: Dr. *Abbate Pacha*, Dr. *Pinching* und Dr. *Ruffer*. Präsident: Dr. *Ibrahim Pacha Hassan*. Generalsecretär: Dr. *Voronoff*. Präsident der Section für innere Medicin: Dr. *Comanos Pacha*. Präsident der Section für Chirurgie: Dr. *H. Milton*. Präsident der ophthalmologischen Section: Dr. *Mohamed Bey Eloui*.

— Das Generalsecretariat des *XII. Internationalen medicinischen Congresses zu Paris* macht bekannt, dass der Versandt der Congressverhandlungen an die Theilnehmer des Congresses nunmehr beendet ist. Congressmitglieder, die bis jetzt noch nicht in den Besitz der ihnen zukommenden Bände gelangt sind, werden gebeten, dieselben bei den Herausgebern, *Masson & Co.*, 120 Boulevard Saint Germain, Paris, zu reclamiren. Nach dem 31. December ds. Jhrs. kann keine Reclamation mehr Berücksichtigung finden.

— Die *Hufelandische Gesellschaft* hatte für das Jahr 1901 zwei Preisaufgaben ausgeschrieben: 1. Einfluss des Salzgehaltes der Trinkquellen auf die Blutbeschaffenheit. 2. Beeinflussung des Gefässtonus und der Blutstromgeschwindigkeit durch thermische und mechanische Reize. Be-

züglich der ersten Aufgabe wurde einer experimentell-wissenschaftlichen Arbeit des Herrn Dr. *H. Dünschmann* in Wiesbaden der volle Alvarengapreis von 800 M. zuerkannt. Ueber das zweite Thema hatte Herr Privatdocent Dr. *Friedel Pick* in Prag eine Arbeit eingereicht, welche aber aus Zeitmangel nicht zu Ende geführt war. Aus diesem Grunde konnte ihm der sonst wohlverdiente Preis nicht zugebilligt werden. Er wurde jedoch durch eine besondere Anerkennung und eine Ehrengabe von 500 M. ausgezeichnet. (Münchener Med. Wochenschr. 1901, No. 31.)

— Das *Preisgericht der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder* hat den besten für den öffentlichen Vortrag geeigneten Abhandlungen über Volksbäder zwei erste Preise zuerkannt, und zwar den Herren Dr. *E. Bäumer*, Arzt für Hautkrankheiten in Berlin, und Dr. *Gustav Poelchau*, practischer Arzt in Charlottenburg. Einige weitere Arbeiten wurden angekauft. Unter Verwerthung des durch die Preisbewerbung gewonnenen Vortragsmaterials beabsichtigt die Deutsche Gesellschaft für Volksbäder vom nächsten Herbst an eine Reihe von Wandervorträgen im ganzen deutschen Reich zu veranstalten. Eine Hauptversammlung der Gesellschaft findet im October ds. Jhrs. in Berlin statt. (Ibidem, No. 29.)

— Auf dem 16. Balneologencongress wurde beschlossen, dem am 22. December 1889 verstorbenen Dr. *Brehmer* ein Denkmal zu setzen. Ein aus dem Vorstand der balneologischen Gesellschaft und des Tuberculosecongresses bestehendes, durch zahlreiche andere Notabilitäten erweitertes Comité fordert alle Menschenfreunde, insbesondere die Collegen des Verstorbenen und Alle, welche ihm zu Dank vrpflichtet sind, auf, dieses Unternehmen durch Beiträge freundlichst unterstützen zu wollen. Dieselben nimmt Herr Banquier *Eugen Landau* in Berlin, Wilhelmstrasse 71, entgegen. (Ibidem.)

— *Verzogen*: Dr. *Percy Fridenberg* nach 114 West 126. Strasse. Dr. *Louis Heitzmann* nach 110 West 78. Strasse. Dr. *George Mannheimer* nach 1001 Madison Avenue. Dr. *A. Ripperger* nach 50 West 130. Strasse.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XIII. New York, October 1901. No. 10.

ORIGINALARBEITEN.

Bericht über einen Fall von Raupenhaar-Entzündung des Auges.*

Von Dr. R. Denig, New York

Die Entzündung des Auges durch Raupenhaare wurde zum ersten Male auf dem Heidelberger Congress 1883 von *Pagenstecher* beschrieben. Später folgten Publicationen anderer Beobachter, besonders aus der Bonner Klinik. Aus ausserdeutschen Landen sind mir wenigstens keine Publicationen bekannt, mit Ausnahme Russlands, wo *Natanson* 1897 zum ersten Male einen deraratigen Fall beschrieb.

Erlauben Sie mir, Sie mit dem Character der Entzündung bekannt zu machen. Durch die Berührung der Raupe mit dem Auge kommt es zum Haftenbleiben von Raupenhärchen, die nun einerseits durch den mechanischen Reiz ihrer Anwesenheit, andererseits durch einen Giftstoff eine acute und äusserst schmerzhafte Entzündung hervorrufen. Nach dem Abklingen der acuten entzündlichen Symptome stellt sich nun ein chronisch entzündlicher Process ein, der sich auf viele Monate hinausdehnen kann und der durch das Hineinwandern der Härchen in das betroffene Gewebe seine Erklärung findet. Es kommt zur Bläschenbildung in der Bindehaut, ferner beim Durchwandern in die Hornhaut zur Knötchenbildung in der Iris, zu schwerer Iridocyclitis, die hie und da zum Verluste des Schvermögens führt.

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 7. October 1901.

Als besonders gefährliche Raupen wurden von den bisherigen Beobachtern der Processions-, der Brombeer- und der Kieferspinner bezeichnet. Die Raupe mit der ich es in meinem Falle zu thun hatte gehört ebenfalls zu der Familie der Spinner-Bombycina, und ist die sog. Orgyia pudibunda, die Raupe der Tussockmotte, wie sie hier genannt wird. Sie ist 5 cm lang und mit dichten, feinsten bräunlich-schwärzlichen Härchen besetzt. Im Juni und Juli dieses Jahres wurde ihr massenhaftes Auftreten in unserer Stadt, besonders aber in Harlem, beobachtet. Meine Patientin, eine 36jährige Frau, versuchte eine derartige Raupe, die ihr auf das Haar gefallen war, wegzuschleudern. Beim Herunterfallen kam hierbei das Insect mit dem unteren Lid des linken Auges in Berührung. Unmittelbar darauf spürte Patientin einen intensiven Schmerz wie der einer Brandwunde. Sie überzeugte sich durch einen Blick in den Spiegel, dass am unteren Lid ein Büschel feinster Härchen haftete, das sie durch starkes Wischen nur mit Mühe und unvollständig entfernte. Dass sie durch das starke Wischen eine Reihe von Härchen in Contact mit dem Auge selbst brachte, zeigte eine bald darauf auftretende ausserordentliche Schmerzhaftigkeit des bulbus. Die Verletzung hatte am 25. Juli, Morgens 10 Uhr, stattgefunden. Gegen Abend war nach der Angabe der Patientin das Auge feuerroth und stark verschwollen. Sie suchte noch den gleichen Tag die Hülfe eines Arztes auf, der eine Flüssigkeit in das Auge einspritzte und am nächsten Tage das Auge auswusch. Ausserdem schwoll die ganze linke Gesichtshälfte sehr stark auf und machte Pat. die Angabe, die ersten Tage Fieber gehabt zu haben, wogegen sie von dem sie behandelnden Arzte ein Pulver bekam. Die Schmerzhaftigkeit war die erste Woche derartig, dass Pat. nicht schlafen konnte.

Ich sah Pat. zum ersten Male am 23. August, d. h. ca. 4 Wochen nach der Verletzung. Es bestand leichter Blepharospasmus; die Haut des Unterlides erschien in ihrer ganzen Ausdehnung leicht geschwollen und geröthet. Beim Auseinanderziehen der Lider zeigte sich, dass nach unten und nach aussen unten von der Hornhaut die Bindehaut hochgradig injicirt war. Interessante Aufschlüsse über den Character der Entzündung gab mir die nun vorgenommene Untersuchung mit der binocularen Loupe. In der ganzen Ausdehnung der entzündeten Gewebe, sowohl im Unterlid, als auch in der Bindehaut des Bulbus war

die Anwesenheit kleiner ca. 1½ mm langer, schwärzlicher Härchen zu constatiren. Viele von ihnen erschienen in einem kleinen Bläschen eingecapselt, andere hingegen lagen anscheinend frei der Oberfläche auf; es sind offenbar solche, bei denen das Bläschen geplatzt ist, die frei geworden sind und abgestossen wurden. Die Grösse der Bläschen nahm im Laufe der Wochen zu und heute, wo die Entzündung im raschen Abklingen ist, ist es möglich, einige von ihnen mit dem unbewaffneten Auge zu entdecken. Es stellt offenbar die Bläschenbildung — daher auch der Name Ophtalmia nodosa — eine Art Selbsttheilung dar, insofern als hierdurch das Härchen gelockert und nach dem Platzen des Bläschens ausgestossen wird. Aehnliche Knötchen oder Bläschen hat man auch nach dem Durchwandern der Härchen durch die Hornhaut in der Iris beobachtet; hier liegen aber natürlicherweise die Verhältnisse viel ungünstiger, die Entzündung ist langwieriger und gefährlicher und Heilung nur durch Abkapselung der Härchen zu erwarten. Es stellt demnach die Raupenhaarentzündung des Auges eine langwierige und wegen ihres Sitzes weitaus gefährlichere Erkrankung dar, als die Ihnen wohlbekannte Einwirkung der Härchen auf Haut, Schleimhäute des Rachens und Respirationsapparates, wodurch das Bild der Urticaria und Erythems ausgelöst wird. Es dürfte Sie interessiren, dass bei den Insectenfressenden Vögeln die abgebrochenen Härchen von Raupen vom Verdauungscanal aus weiter wandern und schliesslich durch concentrisch geschichtete Bindegewebslagen abgekapselt werden. Erwähnen möchte ich noch, dass ein ähnliches Verhalten wie das der Raupenhärchen auch bei Hasenhärchen beobachtet wurde. *Topolanski* berichtet nämlich über das Eindringen von Hasenhaaren in das Hornhautepithel mit bandförmiger Hornhauttrübung bei Hutmachern.

Was die Therapie bei der Raupenhaarentzündung anbelangt, so möchte ich vor dem Auswischen des Auges warnen. Zu empfehlen wäre, wenigstens im Anfange nach vorhergegangener Cocainisirung das Auswaschen des Auges mit irgend einer indifferenten sterilen Flüssigkeit, ev. wäre bei Anwesenheit von einer grösseren Anzahl von Haaren, kleiner Büschel, ihr Entfernen mit einer Pincette zu versuchen. Später dürfte das Einstreichen einer Salbe und gelegentliche Anwendung von Cocain zur Stillung des Schmerzens am Platze sein.

Ueber Puerperalfieber.

Von Dr. L. A. Ewald.

Neben den Bestrebungen des modernen Zeitalters, das öffentliche Wohl und insbesondere die geistigen und leiblichen Verhältnisse der ärmeren Bevölkerung soviel als möglich zu verbessern, nimmt besonders eine Richtung einen wichtigen Platz ein: es ist das der Kampf gegen die weitverbreiteten Infectionskrankheiten, die Volksseuchen. Ein ganzes System von Schutzmaassregeln wird gegen sie aufgeboten: Quarantäne auf der einen, Volksheilstätten auf der anderen Seite sollen den eindringenden Feind fernehalten oder den eingedrungenen vernichten. Daneben hat die Zeit und die Erfahrung noch andere Mittel gelehrt, die Volksseuchen kräftig zu bekämpfen, so ist durch verbesserte Hygiene der Wasserversorgung, der Canalisation der grossen Städte, die Zahl der typhösen Erkrankungen u. s. f. auf eine kleine Zahl heruntergesunken. Schon zu Eingang des 19. Jahrhunderts hat *Jenner* durch seine Grossthat, die Schutzimpfung gegen die Pocken, einen der gefährlichsten Gegner beseitigt und uns zu gleicher Zeit durch das Immunisirungsverfahren den Weg für weitere Erfolge angegeben.

Zu diesen grossen Volksseuchen gehörte auch um die Mitte des vorigen Jahrhunderts eine Erkrankung, die heute in ihren schrecklichen Folgen bedeutend zurückgedrängt, früher aber einer der gefährlichsten Feinde der Familie war, indem sie die Seele der Familie, die Mutter und Gattin dahinraffte. Unsterblich ist das Verdienst, das *Semmelweiss* im Jahre 1847 sich erwarb, als er die mahnende Stimme zur Abwehr gegen den Feind erhob und zugleich Mittel und Wege zur Bekämpfung angab. Langsam und unter Kämpfen brach sich die *Semmelweiss*'sche Lehre Bahn, doch nicht mit einem Schlage war diese Seuche aus der Welt zu bannen. Die Statistik weist noch in den Jahren 1875 und folgenden eine enorme Sterblichkeitsziffer auf und trotzdem wir heute über die Ursache der Krankheit durch die Fortschritte der Bacteriologie wohl unterrichtet sind, sind die Resultate nicht so glänzend, als man es erwarten sollte.

Noch zeigt die Sterblichkeitsziffer eine gewaltige Höhe und die Morbidität, die selbst in gut geleiteten Kliniken noch 40 Procent übersteigt, drängt uns zur Ueberzeugung, dass hier noch vieles zu verbessern und zu klären ist. Es ist hier nicht meine

Absicht, auf die in den letzten Jahren in grosser Zahl geführten wissenschaftlichen Controversen näher einzugehen, sondern ich möchte nur das Wesentliche aus der practischen Erfahrung der leitenden Autoren, sowie meine eigene Stellungnahme, die sich auf die Beobachtung von über 700 im Hospital beobachteten Geburten und Wochenbetten stützt, hier mittheilen.

Die aprioristischen Möglichkeiten, dass die Infection der Kreissenden entweder durch von aussen in die Genitalien eingeführte Finger oder Instrumente oder durch Contact mit keimhaltigen Körpern stattfinden kann, oder aber dass die Keime von vornherein in oder an den Genitalien vorhanden sein konnten, zwei Anschauungen, um welche seit *Semmelweiss* so viel gestritten wurde, bestehen heute nach der Anschauung wohl Aller zu Recht, dürfen aber durchaus nicht als gleichwerthig angesehen werden.

In weitaus der grössten Mehrzahl der Fälle entsteht das Kindbettfieber dadurch, dass bei der Geburt Microorganismen von aussen, durch den untersuchenden Finger, durch Instrumente u. s. f. in die Genitalien eingeschleppt werden. Die Untersuchungen von *Doederlein*, *Kroenig*, *Bumm*, *Paul* und *Sarway* haben bewiesen, dass es nicht möglich ist, die Haut der Hände des Geburtshelfers und die der äusseren Genitalien der Kreisenden mit Sicherheit keimfrei zu machen. Zwar haben *Ahlfeld* und seine Schüler mit der Heisswasser-Seifen-Alcohol-Desinfection die Keimfreiheit der Haut in den meisten Fällen erreicht zu haben geglaubt, doch wird von den meisten Autoren diese Ansicht nicht getheilt. In Erkenntniss dieser Thatsache, die durch die klinische Erfahrung, sowie bacteriologische Untersuchung in gleicher Weise gestützt wird hat die Prophylaxe ihr Hauptaugenmerk auf die „Gefahr von aussen" zu lenken. Jede manuelle Berührung der Genitalen der Kreissenden birgt nach der obigen Ausführung die Gefahr der Infection in sich und es muss deswegen die innere Untersuchung auf das Allernothwendigste beschränkt werden: in vielen Fällen ist das erreichbar durch die besonders von *Leopold* geübte Leitung der Geburten durch ausschliesslich äussere Untersuchung; in jenen Fällen aber, wo sich aus bestimmten Gründen die innere Untersuchung nicht umgehen lässt, hat man die Haut der Hände ganz ausgeschaltet, indem man mit sterilisirten Gummihandschuhen untersucht; dieses Verfahren, das besonders von *Doederlein* ausgebildet wurde, erscheint sehr rationell und zeigt in der That sehr günstige Resultate indem

Doederlein bei 300 Geburten eine Gesammtmorbidität von 8,3 Procent, bei Ausschluss der nicht puerperalen Fiebersteigerungen nur etwa 3 Procent aufzuweisen hat. So vollständig empfehlenswerth und rationell die Verwendung von Gummihandschuhen erscheint, so hat doch diese Methode auch ihre Bedenken. Es unterliegt keinem Zweifel, dass in vielen Fällen durch die Entschuldigung: die Haut kann nicht desinficirt werden, der Gummihandschuh über die unreine Hand gezogen werden wird, und da jeder, der Gummihandschuhe benützt, weiss, wie leicht dieselben reissen, besonders wenn sie lange und nicht sorgfältig aufbewahrt werden, so glaube ich, dass man diese Gefahr nicht unterschätzten soll; daneben wird durch Handschuhe das Volumen der Hand vermehrt, auch die Feinheit des Tastgefühles ist individueller Verschiedenheit dadurch unterworfen, Umstände, die die Untersuchung sicher nicht begünstigen. Es muss hier noch erwähnt werden, dass *Hofmeier* ohne Gummihandschue, aber mit systematischen Scheidenausspülungen das gleiche günstige Resultat wie *Doederlein*, 8,9 Procent Gesammtmorbidität, erreicht hat. Dasselbe Resultat habe ich bei meinen 730 Geburten, die strenge nach *Hofmeier's* Vorschriften behandelt wurden, nämlich 9,3 Procent Morbidität aufzuweisen.

Ausser dieser „äusseren Gefahr" kommen aber auch die in der Kreissenden selbst gelegenen Infectionsgelegenheiten in Betracht, die schon seit *Semmelweiss* viel umstrittenes Object bildeten.

Dass Wöchnerinnen auch von selbst, ohne dass ihnen bei der Geburt Microorganismen von aussen eingeführt wurden, erkranken, ist sicher und wird von jedem Geburtshelfer beobachtet und zugestanden werden; gewöhnlich vergehen diese Infectionen rasch, ob Todesfälle dabei vorkommen ist noch nicht sicher ermittelt, doch solange das Gegentheil nicht behauptet werden kann, dürfen wir nur der Lehre eines Forschers wie *Ahlfeld*, der behauptet und beobachtet hat, dass Selbstinfection den Tod der Pat. herbeiführen kann, nicht verschlossen verhalten und diese Möglichkeit nicht kurzweg von der Hand weisen. Dass Keime unter besonderen Umständen ohne Untersuchung von Seiten des Arztes oder der Hebamme in die Scheide gelangen können, ist möglich, und *Bumm* und *Fehling* geben zu, dass bei Placentarretention unter Umständen Sepsis sich entwickeln kann, was von beiden Autoren einer spontanen Einwanderung pathogener Keime nicht nur in die

Scheide, sondern sogar in den Uterus zugeschrieben wird. *Sticker* hat in sehr schöner Weise nachgewiesen, dass Keime, die im Wannenbade enthalten sind, in die Scheide der Kreisenden, sowohl Erst- wie Mehrgebärenden eindringen. Die Frage, ob pathogene Bacterien in den Genitalien Kreissender vorkommen oder dort vegetiren, muss bei gewissen pathologischen Verhältnissen positiv beantwortet werden. Diese Thatsachen, sowie die klinische Erfahrung — *Kroenig* hat bei nicht untersuchten, nicht ausgespülten Wöchnerinnen eine Morbidität von 39 Procent, *Hofmeier* bei systematischen Ausspülungen 9,5 Procent — machen die Desinfection der Gebärenden uns zur Pflicht. Sehr wesentlich ist übrigens die Art und Weise, in der die Desinfection ausgeführt werden muss; aus der Verschiedenheit in diesem Punkte mag sich wohl die Verschiedenheit der Resultate erklären. Ich halte die Ausspülung nach der Angabe *Hofmeier's* auf Grund der erwähnten Thatsachen nach meiner eigenen Beobachtung nicht nur für rathsam, sondern direct für geboten, und halte jeden Vorwurf der Polypragmasie u. s. f. für unberechtigt.

Ich möchte das Gesagte in folgende Grundsätze zusammenfassen:

1) Primum non nocere sei die Suprema lex des Gbeurtshelfers. Jede Berührung der inneren Genitalien der Kreissenden birgt eine Gefahr in sich, daher soll sowohl die Untersuchung, wie die Operation auf das Aeusserste beschränkt werden.

2) Alle zur Verwendung kommenden Instrumente oder benöthigtes chirurgisches Material soll jedesmal gewissenhaft sterilisirt werden.

3) Die Hände müssen vor jedem Untersuchen auf's Genaueste desinficirt sein (wo es möglich ist, in Kliniken u. s. f. sind Gummihandschuhe zu empfehlen).

4) Die Gebärende soll desinficirt werden, und zwar soll nicht nur die sogenannte präliminäre Douche gegeben werden, sondern genau nach *Hofmeier's* Angabe verfahren werden.

Vor jeder Operation ist strenge Desinfection der Genitalien und deren Umgebung vorzunehmen. Es ist nicht meine Aufgabe, hier auf die stricte Indicationsstellung und auf technische Regeln der Operationen einzugehen, ob wohl alle diese Fragen und besonders das zielbewusste Handeln in der Nachgeburtsperiode

im engsten Zusammenhange steht mit der Gefahr der Infection; was ich hier besonders betonen will, ist, dass alle für die Wundinfection der operativen Chirurgie gültigen Grundsätze auch für die Genitalinfection des Wochenbettes vollständige Gültigkeit haben und ich stimme vollständig mit *Hofmeier* überein, die Ausserachtlassung der modernen Antisepsis und Asepsis bei geburtshülflichen Operationen nicht als blossen Kunstfehler, sondern als Vergehen zu betrachten.

Myelogene Leucaemie mit Lungen-, Larynx- und Pharynxtuberculose.

Von Dr. Arnold Sturmdorf, New York.*

Es sind in der letzten Zeit mehrfach Fälle von myelogener Leucaemie beschrieben worden, in welchen alle Erscheinungen der Erkrankung unter dem Einfluss einer *acuten* Infection einen äusserst starken Rückgang zeigten. Solche Fälle betrafen hauptsächlich Complicationen mit acuter Tuberculose, Influenza, Sepsis und in ganz besonderem Maasse Erysipel.

Demgegenüber finden Beobachtungen über den Einfluss *chronischer* Infectionen auf den leucaemischen Process fast keine Erwähnung.

In einer jüngst erschienenen Publication berichten *Elsner* und *Groat* unter dem Titel „Splenic-Myelogenous Leukaemia with Pulmonary Tuberculosis" (American Journal of the Medical Sciences, März 1901) folgendes:

„Splenic Myelogenous Leukaemia combined with tubercolosis is of such rarer occurrence that there is practically no literature on the subject at the present time. The rarity of these complications is made positive by the fact elicited through private correspondence that clinicians and pathologists of such wide experience as *Stengel, Osler, Cabot, Prudden* and *Janeway* have never seen a case."

Die hier aufgestellten Blutpräparate (wovon das eine die Eosin-Methylenblau-, das andere die *Ehrlich*'sche Triacidfärbung

---

* Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 3. Juni 1901.

unter ein Zwölftel Oelimmersion darstellt), stammen von einer Patientin, bei welcher diese seltene Complication von myelogener Leucaemie mit chronischer Tuberculose klinisch und microscopisch bobachtet werden kann.

Die Krankengeschichte ist folgende:

Frau Annie O. N., 35 Jahre alt, seit 4 Jahren verheirathet. Eine Geburt. Kind 2 Jahre alt, gesund. Kein Abortus. Patientin klagt über Aphonie, Schmerz beim Schlucken, Husten Nachtschweisse und seit 3 Monaten Amenorrhoe. Ihr Vater starb in Folge eines Unfalles. Die Mutter, ein Bruder und zwei Schwestern, wovon eine von Lungentuberculose genesen sein soll, leben und sind gesund. Eine Schwester starb an Lungentuberculose im 31sten Lebensjahre. Patientin ist in Brooklyn geboren. Von ihrem zweiten bis zum zehnten Lebensjahre lebte sie in dem nördlichen Theil von Irland, seitdem wieder in Brooklyn. Ihre Umgebung und Lebensweise waren stets befriedigender Natur. Von Kinderkrankheiten erinnert sie sich nur, einen leichten Anfall von Scharlach, Keuchhusten und Masern gehabt zu haben. Vergrösserung der Milz wurde zuerst zufällig beobachtet nach ihrem normal verlaufenen Wochenbett vor Jahren. Da sie keinerlei Beschwerden davon verspürte, wurde hierauf nicht weiter geachtet. Ihre gegenwärtige Krankheit begann am 1. Januar dieses Jahres. Ohne Vorläufer oder angebliche Ursache erwachte sie an diesem Tage heiser, hustend, mit Halsschmerzen. Nach wochenlanger fruchtloser Behandlung sandte ihr Arzt sie nach Lakewood, wo sie fünf Wochen, ohne Besserung zu verspüren, verweilte. Allmählig verschlimmerten sich die localen Beschwerden, Patientin magerte ab und verlor 12 Pfund an Gewicht.

Status am 17. April 1901: Eine kleine Frau von zartem Körperbau, phthisischem Habitus und spärlichem Panniculus. Körpergewicht 112 Pfund. Wachsgelbe Färbung der Wangen und Körperhaut. Kein Icterus. An den Axillarfalten, Ellbogenbeugen und Lenden finden sich rothe, infiltrirte, schuppige, eczematöse Flecken. Trommelschlägelfinger. Die linke Submaxillar-Region enthält ein wallnussgrosses Paket von verdickten Lymphdrüsen. Sonstige Lymphschwellung weder fühlbar noch sichtbar. Druck über Sternum oder Röhrenknochen nicht schmerzhaft. Abdomen steht bedeutend und unförmig hervor. Keine erweiterten Venen. Temperatur 99½. Puls 120, klein. Respiration 35. Zunge belegt, feucht.

Inspection des Pharynx zeigt die Uvula und linke Hälfte des Rachenbogens, mit Einschluss der Pfeiler und der Mandel, diffus roth und infiltrirt. Die Vereinigungsstelle des linken Uvalarandes mit dem Gaumensegel zeigt eine tief ulcerirte Fissur. Diese ganze afficirte Region bietet eine Anzahl von discreten, kleinen, runden, oberflächlichen Ulcerationen mit graugelblichem Belag dar. Die Follikel der Mandel sind mit gelben, zähen Pfropfen gefüllt.

Die laryngoscopische Untersuchung ergiebt eine auffallend blasse Epiglottis, characteristische birnförmige Geschwulst des linken Ary-Knorpels und zahlreiche papillomatöse Auswüchse, welche den interarytänoiden Raum fast ausfüllen. Die Lungen zeigen undeutliche cavernöse Zeichen rechts vorn oben, und links oberhalb der Spina scapulae. Herztöne schwach, sonst Befund negativ. Die Leber erstreckt sich von der vierten Rippe bis zum freien Rippenrand in der Axillarlinie. Die Milz ist bedeutend vergrössert, hart, glatt und prolabirt, nicht schmerzhaft. Ihr oberer Theil kann eine kurze Strecke unter dem linken Rippenrand gefühlt werden. Der vordere Rand überragt die Mittellinie eine halbe Handbreite nach rechts und zeigt eine deutliche Einkerbung in der Nabelgegend. Der untere Rand erreicht das kleine Becken, wo er durch die vordere Vaginalwand, zwischen Blase und dem nach rückwärts gedrängten Uterus zu fühlen ist. Leichtes Knöchel-Oedem. Der Urin ist stark sauer, mit massenhaftem Sediment von Harnsäurecrystallen. Weder Eiweiss noch Zucker. Sputum und Secret der obenerwähnten Rachengeschwüre enthalten reichlich Tuberkelbacillen.

Blutuntersuchung am 17. April 4 Stunden nach der letzten Mahlzeit, Patientin 1 Stunde ruhend: Haemoglobin 48% nach *Gower*. Rothe Blutkörperchen, 2,800,000; weisse, 156,000; Verhältniss, 1:18. Mässige Poikilocytose. Einige Normo- und Megaloblasten. Weder Parasiten noch Pigmentkörnchen. Myelocyten, 53.2%; polynucleäre Leucocyten, 29.7%; eosinophile Leucocyten, 8.8%; Lymphocyten, 7.5%; Mastzellen, 0.75; Uebergangsformen, einige.

Von dieser ersten Untersuchung am 17. April bis zum heutigen Tage ist Patientin stets unter Beobachtung.

Ich möchte Ihre Geduld nicht durch einen voluminösen Bericht über Procent-Verhältnisse und dergleichen in Anspruch nehmen, da all' dieses an anderer Stelle (American Journal of

the Medical Sciences) ausführlich veröffentlicht wird, und werde mich auf das Hervorheben folgender Beobachtungen beschränken.

Die Temperatur zeigt ein ganz unberechenbares Verhalten und schwankt zwischen Normal und 103.6. Diese Temperaturschwankungen werden regelmässig von einer Veränderung des Procentverhältnisses der verschiedenen weissen Elemente zu einander begleitet. Diese Procentveränderung ist hauptsächlich zwischen polynucleären Leucocyten und Myelocyten zu constatiren und verhält sich in folgender Weise:

Die Zahl der polynucleären Leucocyten steigt parallel mit der Temperaturcurve und bietet das Bild einer intercurrenten Leucocytose, das in dem mit Eosin- und Methylenblau gefärbten Präparate characteristisch hervortritt.

Diese febrile Vermehrung der polynucleären Elemente wird constant von einer gleichzeitigen Reduction der Myelocytenzahl begleitet, so dass die Gesammtsumme der weissen Blutkörperchen unverändert bleibt.

Ich muss zum Schluss den Herren Dr. *Louis Heitzmann* und Dr. *M. S. Kakels* meinen besonderen Dank für Hülfe bei den Blutberechnungen abstatten.

106 E. 62. Str.

Referate und Kritiken.

Das Wachsthum und die Verbreitungsweise des Magencarcinoms vom anatomischen und klinischen Standpunkt. Von Dr. med. *Robert Borrmann.* Mit 16 Tafeln und 21 Abbildungen im Text. Aus der chirurgischen Klinik in Breslau und dem pathol.-anatomischen Institut in Marburg. Verlag von Gustav Fischer. Jena 1901.

Das Werk bildet den ersten Supplementband zu den *Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie* und ist ganz entschieden eine werthvolle Bereicherung der medicinischen Literatur, und zwar werthvoll aus zweierlei Gründen, einmal in pathologisch-anatomischer Beziehung, weil es die Ergebnisse der Studien und Untersuchungen an einer grossen Gruppe von Tumoren bezüglich ihres feineren Wachsthums enthält, andererseits vom klinischen Standpunkte aus, da die Arbeit sehr wichtige Gesichtspunkte für den Operateur und dessen operatives Vorgehen beim Magencarcinom zu Tage gefördert hat.

Verf. theilt die untersuchten Carcinome ihrem histologischen Character nach in 6 Gruppen ein: 1. Carcinoma solidum. 2. Cylinderkrebs (Abart: Cystocarcinoma papilliferum). 3. Gallertkrebs. 4. Diffuses polymorphzelliges Carcinom. 5. Adenoma malignum. 6. Mischformen. Diese Eintheilung weicht nur unwesentlich von der anderer Autoren ab. Die Untersuchungen der 63 Fälle von Magencarcinom, die ihm zur Untersuchung zur Verfügung standen, fasst B. in einem besonderen Capitel (specieller Theil) zusammen und setzt ihm an den Anfang des Werkes, um dann an ihn den allgemeinen Theil anzuschliessen. Dieser letztere allgemeine Theil verwerthet die im speciellen Theil erhobenen macroscopischen und microscopischen Befunde unter Berücksichtigung der in der Literatur bisher allerdings nur spärlich niedergelegten verschiedenen Ansichten über das Wachsthum der Geschwülste, speciell der Schleimhautcarcinome. Der allgemeine Theil ist wieder in zwei Unterabtheilungen geschieden, den pathologisch-anatomischen und den klinischen Theil.

Aus dem klinischen Theil sei hier in statistischer Beziehung nur erwähnt, dass von den 63 Fällen 43 mal im Gesunden operirt wurde, und dass von diesen 28 recidivfrei und am Leben blieben, also fast die Hälfte sämmtlicher operirten Fälle. Von den übrigen 15 starb der weitaus grösste Procentsatz an den Folgen der Operation, nämlich 11 Fälle, während nur in 4 Fällen ein Drüsenrecidiv eintrat. Man sieht hieraus, wie in den Fällen, wo das Carcinom selbst radical entfernt werden kann, die Möglichkeit eine sehr grosse ist, auch sämmtliche carcinomatöse Drüsen zu entfernen, und auf der anderen Seite sehen wir, dass durch den Exitus an den directen oder indirecten Folgen der Operation die Dauerresultate bei vollkommen radicaler Entfernung des Carcinoms erheblich verschlechtert werden. Angesichts dieser Zusammenstellung glaubt Verf. den Schluss ziehen zu dürfen, dass an den Chirurgen die Aufforderung ergeht, auch in weit vorgeschrittenen Fällen von Magencarcinom durch ausgiebigste Resection die radicale Entfernung vorzunehmen — abgesehen natürlich von anderen Umständen, die einen Eingriff direct verbieten — und nicht die meisten Fälle von ausgedehnterem Magencarcinom als inoperabel hinzustellen und von einer Operation abzusehen — eine Bewegung, die gerade in den letzten Jahren unter den Chirurgen Platz gegriffen hat.

Eine Reihe von vorzüglich ausgeführten Tafeln und Abbildungen im Text vervollständigen und ergänzen in vortheilhafter Weise das Werk, das Pathologen und Chirurgen in gleicher Weise warm empfohlen sei.

Geburtshilfliche Operationslehre für Studirende und Aerzte. Von Dr. *Felix Skutsch*, a. o. Professor an der Universität Jena. Mit 145 Abbildungen im Text. Verlag von Gustav Fischer. Jena 1901.

Ein vorzügliches Buch, von einem Practiker für die Praxis geschrieben! Es soll nicht ein Lehrbuch der Geburtshülfe ersetzen, bringt aber auch nicht bloss die Technik der Operationen, sondern ist durch Eingehen auf die manigfachen Capitel der practischen Geburtshülfe, insbesondere auch durch genauere Erörterung der Indicationen, ganz besonders geeignet, das richtige Verständniss für das practische Handeln des Geburtshelfers zu wecken. Das Buch ist eine geburtshülfliche Operationslehre in Wort und Bild, wie sie eigentlich besser nicht gedacht werden kann. Ein jeder Geburtshülfe treibende Arzt sollte es in seinem Besitze haben.

Entstehung und Verhütung der Ohreiterungen. Ein Vortrag von Dr. *P. H. Gerber.* Verlag von S. Karger. Berlin 1900.

Verf. behandelt in dem Büchlein die Aetiologie und Prophylaxe der Ohreiterungen in äusserst klarer und sachgemässer Weise. Sehr beachtungswerth sind die Vorschläge bezüglich der Verhütung der Mittelohreiterungen und wendet sich Verf. hauptsächlich an die Aerzte, deren Aufgabe und Pflicht es ist, in dieser Beziehung auf die Familien erziehend einzuwirken. Aus normalen Zeitläufen, aus gesunden Tagen muss die Familie schon die richtige Propädeutik für die schwere Zeit der Krankheit (Masern, Scharlach etc.) mitbringen. Um nun die Erreichung des Zieles: die Verhütung der Mittelohreiterungen, den Laien zu erleichtern und dem Arzte die beständige Wiederholung derselben Regeln zu ersparen, empfiehlt G., die wichtigsten diesbezüglichen Regeln auf Zettel drucken zu lassen, von denen jeder Arzt einen Block auf seinem Schreibtisch zur beliebigen Vertheilung an Patienten und Familien liegen haben mag. Auch Lehrern und Erziehern dürften dieselben zur Vertheilung übergeben werden. Das Büchlein ist sehr lesenswerth.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Litteratur.

Centralblatt für innere Medicin.

1) *S. Rosenberg: Ueber die Beziehungen zwischen Galle und Hippursäurebildung im thierischen Organismus.*

Aus den Versuchen des Verf. geht in Uebereinstimmung mit dem, was schon vor ihm *Kühne, Hallwachs, Bunge* und *Schmiedeberg* festgestellt hatten, hervor, dass auch der absolut gallenfreie Organismus im Stande ist, aus Benzoesäure Hippursäure zu bilden. Und daraus muss dann wieder weiter gefolgert werden, dass nicht die Galle allein die Quelle für das zur Hippursäuresynthese nöthige Glycocoll sein kann, sondern dass für dasselbe

noch eine andere Quelle im Organismus vorhanden sein muss. (1901, No. 29.)

2) *A. Jolles: Ersatz für die Kjedahl-Bestimmung im Harn für klinische Zwecke.*

Da die *Kjedahl*'sche Bestimmung eine gewisse Uebung voraussetzt und einen bedeutenden Zeitaufwand beansprucht und überdies genau eingestellte Lösungen erfordert, so erschien es wünschenswerth, speciell für den klinischen Gebrauch, diese Methode durch eine andere Methode zu ersetzen, bei der diese Uebelstände wegfallen, ohne dass gleichzeitig die Resultate für die gedachten Zwecke eine wesentliche Beeinflussung erfahren. Von diesem Gesichtspunkte ausgehend, hat J. nachstehendes Verfahren in Anwendung gebracht:

Es werden genau 5 ccm des zu untersuchenden Harnes mit 5 ccm destillirtem Wasser versetzt, hiervon 5 ccm zur Oxydation entnommen, mit destillirtem Wasser auf ca. 150 ccm verdünnt, 2 ccm concentrirte Schwefelsäure vom spec. Gewicht 1,84 hinzugesetzt, auf dem Drahtnetze erwärmt und Permanganatlösung (ca. 4 g pro Liter) cubiccentimeterweise so lange zugesetzt, bis nach ¼ stündlichem Kochen der letzte Permanganatzusatz nicht mehr verschwunden ist. Hierauf entfärbt man den Ueberschuss von Permanganat mit einigen Tropfen Oxalsäure, lässt die Flüssigkeit abkühlen und setzt alsdann allmählich Natronlauge von 32° Bé hinzu und zwar so lange, bis Lakmuspapier alkalische Reaction anzeigt, wobei nach jedesmaligem Zusatze der Lauge umgeschüttelt und gekühlt wird. Nunmehr wird die Flüssigkeit in das Schüttelgefäss des Azometers gespült und der Stickstoff volumetrisch bestimmt. Hierauf wird Temperatur und Luftdruck abgelesen, die Zahl der gefundenen Cubiccentimeter mit jener Zahl multiplicirt, welche in der dem Azometer beigegebenen Tabelle dem Gewichte eines Cubiccentimeters Stickstoff unter dem abgelesenen Drucke und Temperatur entspricht. So erhält man das Gewicht des Stickstoffes in der angewandten Harnmenge. Um die Stickstoffmenge in 1 Liter zu finden, muss das Resultat mit dem entsprechenden Factor multiplicirt werden, z. B. bei der Anwendung von 5 ccm Harn, welche mit Wasser im Verhältnisse 1:1 verdünnt wurden, mit 400. (1901, No. 30.)

3) *W. Hannes: Schweissausbruch und Leucocytose.*

Durch die vom Verf. angestellten Untersuchungen ist die seiner Zeit von *Bohland* aufgestellte Hypothese über die gleichzeitig schweisstreibende und im Sinne einer positiven Chemotaxis wirkende Function der Hidrotica und bei Fiebernden auch der Antipyretica noch dahin zu erweitern, dass bei Gesunden und Kranken — von schwer kachectischen Individuen abgesehen — mit dem Auftreten des Schweissausbruches überhaupt, mag er spontan entstehen oder durch Medicamente oder thermische Reize

ausgelöst sein, zugleich Leucocytenbewegungen stattfinden. Diese deuten auf die Anwesenheit chemotactisch wirkender Stoffe im Körper hin, welche unter normalen Verhältnissen allerdings erst nach Anwendung besonderer äusserer Hülfsmittel in Action treten, beim Kranken jedoch und besonders bei den chronischen Ernährungsstörungen des Kindesalters im weitesten Sinne des Wortes schon ohne jedes äussere Eingreifen zu ihrer Function angeregt werden. (1901, No. 34.)

4) *C. Rössler: Ueber Skatolroth und ähnliche Harnfarbstoffe.*

Für den Nachweis des Skatolrothes im Harn ergiebt sich die Vorschrift, etwa 10 ccm frischen Urin mit dem gleichen Volumen rauchender Schwefelsäure zu versetzen und nach ungefähr 5 Minuten langer Einwirkung mit 5 ccm Amylalcohol auszuschütteln. Für jene Fälle, bei welchen durch diesen Vorgang keine braunrothe, sondern eine Mischfarbe mit Blaufärbung eintritt, oder in jenen Fällen, wo der Urin bereits zersetzt ist, ist es nöthig, den Urin zunächst mit einer kleinen Menge, etwa den 10. Theil, Bleizucker zu versetzen, abzufiltriren, das Filtrat mit dem gleichen Volumen rauchender Salzsäure zu mischen, mit Chloroform zu extrahiren, um Indigblau und Indigroth zu entziehen und die darüber stehende Flüssigkeit mit Amylalcohol auszuschütteln. (1901, No. 35.)

Centralblatt für Chirurgie

1) *F. Colley: Ein Versuch, die Behandlung der Pseudarthrose zu vereinfachen.*

Gestützt auf die Ergebnisse der Arbeiten *Arthur Barth's* versuchte C. in einem Falle von Pseudarthrose beider Knochen in der Mitte des Unterarmes die Heilung anzubahnen durch Einführung von Knochenasche, und da er von einer Incision absehen zu müssen glaubte, stellte er sich aus fein pulversirter, im Glühtopfe frisch gebrannter Knochenasche vom Femur des Rindes in Verbindung mit Mulicago Gummi arabici und destillirtem Wasser einen auskochbaren, dünnflüssigen Brei her, der die weite Canüle einer grossen Pravaz'schen Spritze mit einiger Mühe passirte. Von dieser Masse injicirte er ohne Narcose von 4 Wochen zu 4 Wochen je 10 ccm an die Fragmentenden hin — und zwar mit positivem Erfolge. Jetzt nach der 6. Einspritzung sind Ulna und Radius fest consolidirt. (1901, No. 26.)

2) *H. Schlosser: Zur Technik der Phimosenoperation.*

Verf. beschreibt ein neues Verfahren bei der Phimosenoperation, welches er in den letzten Jahren in uncomplicirten Fällen mit kosmetisch und functionell gutem Erfolge häufig angewandt hat. Die Technik der Methode ist in der Originalarbeit nachzusehen. (1901, No. 26.)

3) *Sprengel*: *Zur Methodik der Appendicitisoperation.*

S. empfiehlt für die Appendicitisoperation, sowohl im Intervalle, wie im Anfalle, principiell die Methode der Beckenhochlagerung, und zwar der steilen Beckenhochlagerung. Die Erleichterung, die man sich dadurch verschafft, ist geradezu überraschend; man macht aus einer unsicheren, halb im Dunkeln ausgeführten Operation einen übersichtlichen und technisch fast ohne Schwierigkeit zu beherrschenden Eingriff. Ein Mittel ferner, welches vielfach angewandt und sehr geeignet ist, die Appendicitisoperation zu sichern, ist die Verwendung der Tamponade zum Abschlusse des Krankheitsherdes gegen die gesunde Bauchhöhle. Verwendet man die Tamponade im Vereine mit Beckenhochlagerung, so hat dieselbe nicht nur den Vortheil, den man meist auf diesem Wege zu erreichen sucht, nämlich den gesunden Theil des Peritoneums vor dem Eindringen septischer Substanzen zu schützen, sondern man kann durch dieselbe, wenn man die Tampons — theils länglich geformte, aus Holzfaserstoff und übergenähter Gaze hergestellte Kissen, theils Gazeschleier — hinlänglich voluminös nimmt und stramm nach allen Seiten, namentlich auch nach dem kleinen Becken hin einstopft, den Krankheitsherd in geradezu idealer Weise isoliren und übersichtlich machen. Die Wurmfortsatzgegend liegt in der hochgestelten Darmbeinschaufel manchmal wie ein anatomisches Präparat vor Augen und kann meist mit Leichtigkeit ausgeräumt werden. Man braucht nicht zu fürchten, dass in den durch Eiterung complicirten Fällen der Eiter wegen der Beckenhochlagerung um so leichter in den nunmehr tiefer stehenden oberen Theil der Bauchhöhle eindringt. Das wird durch die stramme Tamponade mit Sicherheit verhindert. (1901, No. 28.)

4) *C. Hofman*: *Die Beleuchtung und Besichtigung der Speiseröhre mittels Oesophagoskops von der Cardia aus: retrograde Oesophagoskopie.*

Bei einem Pat. der vor 2 Jahren einen kleinen Nagel verschluckt hatte und im Anschluss daran an allmählich zunehmenden dysphagischen Beschwerden erkrankt war, war eine Magenfistel angelegt worden, in der Absicht, von der Fistel aus später retrograd die Strictur zu erweitern. Selbstredend wurde der Pat. auch ösophagoscopirt, aber der gewonnene Aufschluss war kein recht befriedigender, da ausser dem Rande einer narbigen granulirenden Stelle, welche die Sonde retrograd gut passiren, vom Munde aus dagegen sie nicht vorbeiliess, nichts Deutliches gesehen werden konnte. H. kam nun auf die Idee, das Oesophagoscop von der Magenfistel aus durch die Cardia in den Oesophagus einzuführen, und schon der erste Versuch gelang überraschend leicht; das Instrument glitt etwa 25 cm tief in den Oesophagus hinein und fand hier entsprechend den anatomischen

Verhältnissen einen natürlichen Widerstand. Unangenehm war nur die erregte Herzaction, die sich der Spitze des eingeführten Instrumentes durch Fortleitung mittheilte und nun zu ziemlich ausgiebigen Bewegungen des vorragenden Theiles des Oesophagoscops führte. Als sich der etwas ängstliche Pat. durch Zureden beruhigt hatte, konnte eine Besichtigung der Speiseröhre gut vorgenommen, die narbige Stelle und vor Allem sehr gut die Cardia und der dem Magen zugekehrte Theil in einer Weise besichtigt werden, wie dies bei der Einführung des Instrumentes vom Munde aus nicht möglich ist. Bei dem gleichzeitigen Vorschieben einer Sonde vom Munde aus konnte unschwer festgestellt werden, dass dieselbe oberhalb der narbig granulirenden Stelle eine divertikelartige Ausstülpung vorwölbte und in ihr stecken blieb. Diese combinirte Untersuchung erscheint Verf. überhaupt geeignet, in derartig verzweifelten Fällen genügend Aufschluss zu geben.

Ausführen lässt sich die Untersuchung, welche H. als retrograde Oesophagoscopie bezeichnet, in allen den Fällen, in welchen die Gastrostomose so wie so gemacht werden muss, vor Allem auch dann, wenn die Gastrostomose als Voroperation vorausgeschickt wird. Natürlich lässt sich nur der untere Theil des Oesophagus durch die retrograde Oesophagoscopie besichtigen, dann aber sehr gut die Cardia und auch die Magenwandung selbst. Vielleicht ist der angegebene Weg überhaupt zur systematischen Ableuchtung des Mageninnern vortheilhaft zu beschreiten. (1901, No. 29.)

5) *W. Kramer: Zur chirurgischen Behandlung thrombosirter Unterschenkelvaricen.*

Wenn man von der Entleerung vereiternder Thromben durch Einschnitt absieht, ist bisher nur die Totalexstirpation der von Thrombose befallenen Venenerweiterungen in Anwendung gezogen worden. Wird dieselbe auch in Zukunft für besondere Fälle, wie die, wo es sich um sehr starrwandige Gefässe handelt, ihre Berechtigung behalten, so möchte Verf. doch für eine Reihe anderer Fälle ein einfacheres, weniger eingreifendes Verfahren empfehlen, das sich ihm seit ca. 10 Jahren immer wieder bewährt und niemals zu Misserfolgen geführt hat. Es ist dies die Längsspaltung der Gefässstränge fast in der ganzen Ausdehnung der Verstopfung mit vorsichtiger Entleerung der Gerinnselmassen. Die in ca. 50 Fällen geübte Operation, zu der in erster Linie die trotz Fehlens frischer Entzündung seit Längerem bestehenden und auf andere Weise nicht zu beseitigenden Beschwerden der betreffenden Kranken Veranlassung gaben, war niemals von irgend welchen nachtheiligen Erscheinungen (Embolie etc.) gefolgt, niemals weder sofort noch später von Blutung aus den eröffneten Venen begleitet, wohl desshalb nicht, weil deren Lumen central und peripher bereits in Obliteration be-

griffen oder durch bereits fester haftend gewordene Gerinnselreste verschlossen war. Die gesetzten Wunden, deren Ränder nach der Entleerung der Thromben sich von selbst an einander legten, heilten unter Ruhelage der Operirten bei fieberlosem Verlauf stets in kürzestr Zeit ohne Reaction, ohne Fistelbildung, und hinterliessen schmale, schmerzlose Narben, an denen später in keinem Falle Geschwüre oder Eczeme etc. aufgetreten sind. Durch den einfachen Eingriff wurden die betreffenden Kranken bald von ihren Beschwerden befreit und eine vollständige Verödung der Gefässe im Bereiche der früheren Thrombosen herbeigeführt. (1901, No. 27.)

6) *G. Kelling*: *Becken-Hängelage bei horizontalem Rumpf für Operationen in der Nähe des Zwerchfells.*

Bei Operationen am Magen und an der Leber macht man leider sehr oft die Erfahrung, dass Theile der erkrankten Organe vom Rippenbogen bedeckt, schwer oder gar nicht zugänglich sind. *Lannelongue* hat für solche Fälle seine Methode der Rippenresection angegeben; doch ist dies ein grosser und entstellender Eingriff, zu dem man sich um so schwerer entschliessen wird, als man nicht immer vorher angeben kann, ob trotzdem das operative Ziel erreicht wird. Es empfiehlt sich vielmehr statt dessen eine Lagerung anzuwenden, welche den Vortheil hat, dass sie während der Operation schnell auszuführen ist, nicht entstellend wirkt und die Zwerchfellgegend in sehr übersichtlicher Weise zur Anschauung bringt. Sie ist angezeigt bei sehr ausgiebigen Magenresectionen und bei Operationen an der Oberfläche der Leber, hier mit Durchtrennung des Ligamentum suspensorium verbunden. Die Lagerung ist derjenigen nachgeahmt, welche die Anatomen anwenden, wenn sie die Musculatur des Zwerchfells präpariren wollen. Sie lagern die Leiche mit dem Oberkörper etwa horizontal; der Rumpf wird in der Lendengegend annähernd rechtwinklig gebeugt, so dass Becken und Füsse senkrecht zu hängen kommen. Die Bauchhöhle wird dadurch gleichsam aufgeklappt. Näheres über die Art und Weise, wie K. diese Lagerung bei den einschlägigen Operationen ausführt, ist in der Originalarbeit nachzusehen. (1901, No. 42.)

Centralblatt für Gynäkologie.

1) *O. Polano*: *Eine neue Methode der Behandlung chronischer Beckenexsudate.*

Angeregt durch die günstigen Erfolge, die durch die von *A. Bier* inaugurirte Heissluftttherapie bei der Behandlung chronischer Gelenkleiden erzielt worden sind, hat Verf. seit Ostern ds. Jhrs. versucht, das gleiche Princip in geeigneten gynäcologischen Fällen zu verwerthen. Trotz der geringen Anzahl der

bis jetzt auf diese Weise behandelten Kranken sind die Erfolge derart, dass das Verfahren zu einer Nachprüfung empfohlen werden kann. Für die Behandlungsart scheinen vor Allem die chronischen Beckenexsudate geeignet. Da diese allseitig im Bereiche grösserer Blut- und Lymphbahnen liegen, ist die Möglichkeit einer ausgiebigen Resorption derselben gegeben. Auszuschliessen sind die frischen Entzündungen. (1901, No. 30.)

2) *T. Piotrowski*: *Die Verwendung des Protargols zur Verhütung der Augeneiterung Neugeborener.*

Nach den in der k. k. Hebammenlehranstalt in Krakau gemachten Erfahrungen ist das Protargol in zehnprocentiger Lösung ein ausgezeichnetes Mittel, welches den Höllenstein erfolgreich zu ersetzen vermag. Seine prophylactische Wirkung ist sicher. Dem Argentum nitricum gegenüber besitzt es den grossen Vortheil fast gänzlicher Reizlosigkeit, ist also demselben entschieden vorzuziehen. (1901, No. 31.)

3) *K. E. Laubenburg*: *Zur Behandlung der chronischen Metritiden.*

Verf. warnt mit *Fritsch* besonders eindringlich vor kritiklosem, schablonenhaftem Operiren. Worin immer wieder gefehlt wird, ist, dass den Kranken zu viel und zu leichtfertig zu Operationen gerathen wird, zu viel von solchen Eingriffen versprochen und zu wenig Werth auf die Nachbehandlung gelegt wird. Wie viele Hunderte oder wohl Tausende von Curettements zum Beispiel werden heut zu Tage jedes Jahr nicht allein von Gynäcologen von Fach, sondern besonders von practischen Aerzten mit mehr oder weniger mangelhaften gynäcologischen Vorkenntnissen ausgeführt. Es ist gewiss ein grosser Segen für die Frauen, dass diese Operation Gemeingut aller Geburtshelfer zur Entfernung von Abortresten geworden ist. Wie oft wird sie jedoch bei gynäcologischen Leiden missbraucht? Wie häufig wird sie nur „schablonenhaft und kritiklos" nur auf Grund von Symptomen (Schmerzen und Fluor) angewandt? So bringt diese unter Umständen dankbarste Operation nicht nur wegen der öfter mangelhaften Indicationsstellung, Technik und Antiseptik, sondern auch desshalb keinen Nutzen, nur Schaden, weil sie in vielen Fällen „ambulant", weit häufiger jedoch ohne die nöthige Nachbehandlung ausgeübt wird. Gerade die letztere ist fast das wichtigste Moment in der ganzen Cur und darf sich nie bloss auf 8 bis 14 Tage Bettruhe erstrecken. Man muss in jedem Falle von chronischer Metritis-Endometritis etc. den Erfolg einer jeden Operation von vorneherein von einer sich mindestens auf ein Vierteljahr erstreckenden Nachbehandlung, Nacheur oder wenigstens Nachbeobachtung abhängig machen. Zur Nachbehandlung empfiehlt L. besonders Acht zu geben auf den endometritischen Fluor nach der 2. Woche. Bei Recidiven wirken dann gün-

stig intra-uterine Ausspülungen oder eine fünfundzwanzigprocentige Chlorzinkätzung. Als Nachcur empfiehlt sich vor Allem ein Landaufenthalt, der auch für minder bemittelte Pat. noch in vielen Fällen noch zu erreichen ist. Eben so wichtig und unerlässlich ist es, auf die Hebung des in den meisten Fällen alterirten Allgemeinbefindens während dieser Zeit hinzuarbeiten und ausdrücklich auf die künftige Vermeidung der in jedem Falle ausfindig zu machenden ursächlichen Schädlichkeiten localer oder allgemeiner Natur hinzuweisen. Nur so kann ein möglichst befriedigender Dauererfolg erzielt werden. (1901, No. 31.)

4) *Baur: Einfluss des Roborats auf die Milch stillender Mütter.*

Das Roborat, ein neues pflanzliches Eiweisspräparat, hat nach den Beobachtungen des Verf. auf die Milch stillender Mütter einen günstigen Einfluss, sowohl in Bezug auf die Menge als auch auf die Beschaffenheit der Milch, wenn es rationell gegeben wird. Es ist stillenden Müttern und Ammen, namentlich solchen mit unzureichender Nahrung im Interesse des Säuglings bestens zu empfehlen, jedoch soll nicht mehr als ca. 80 g pro Tag verabreicht und nicht später als in der 1. oder 2. Woche nach der Geburt damit begonnen werden, weil die einmal verminderte Milchsecretion nicht wieder angefacht werden kann. (1901, No. 34.)

5) *F. Westphalen: Cocain in der geburtshilflichen Praxis.*

Verf. benutzt das Cocain in der Geburtshülfe seit nunmehr reichlich 2 Jahren mit Vorliebe und mit gutem Erfolg in Fällen, wo, bei eröffnetem oder nahezu eröffnetem (handtellergrossen) Muttermund, bei tiefstehendem Kopf und gesprungener Blase, die Presswehen ausbleiben oder mangelhaft sind; ferner wo die Uteruscontractionen krampfartigen Character angenommen haben und wo in den Wehenpausen stärkere Schmerzen auftreten; also in einem grossen Theil der Fälle, bei denen vorläufig noch keine Indication zur Beendigung der Geburt vorliegt. Die Regulirung der Wehen pflegt prompt in 5—10 Minuten nach Einführung eines Cocainsuppositoriums (zu 0,03 g Cocain) einzutreten; die Bauchpresse tritt nach derselben Frist kräftig in Action und pflegt wirksam zu bleiben. Es handelt sich vielfach um Kreissende, bei denen man von Uebermüdung, von secundärer Wehenschwäche sprechen kann. Die Wirksamkeit der Cocainmedication beweist, dass die austreibenden Kräfte nicht wirklich erschöpft sind, sondern nur von hemmenden Reflexen freigemacht zu werden brauchen. Toxische Wirkungen wurden nie wahrgenommen, doch stellte Verf. an sich selbst fest, dass schon die Dosis von 0,03, per rectum applicirt, eine leichte Mydriasis für etwa ½ Stunde bewirken kann, die allerdings nur im hellen Sonnenlicht störend empfunden wurde. Desshalb gab W. nie grössere Dosen als 0,03; event. nach 1½ Stunden ein zweites Suppositorium.

Linderung des Wehenschmerzes wurde niemals empfunden, hauptsächlich wohl, weil die Geburtsarbeit eine intensivere wurde; nur die anormalen Schmerzen schwanden in den betreffenden Fällen. (1901, No. 37.)

6) *O. Aichel*: *Ueber die sogenannte physiologische Pulsverlangsamung im Wochenbett.*

Die Ergebnisse, zu denen Verf. durch seine Beobachtungen gekommen ist, gehen dahin, dass von einer physiologischen Pulsverlangsamung im Wochenbett nicht die Rede sein kann. Zur Erklärung der geringen Zahl von Fällen, in denen eine Pulsverlangsamung thatsächlich beobachtet wird, brauchen wir keine weitschweifigen Theorien, sie finden ihre Erklärung in der tiefen Ruhe der Seele und des Körpers im Wochenbett. In diesen Zustand können wir künstlich keine Frau versetzen, daher werden wir stets bei Zahlenuntersuchungen eine gewisse Zahl von Verlangsamung des Pulses finden, wenn auch nur eine geringe. Die gute Voraussage eines langsamen Wochenbettpulses ist altbekannt, aber keine Sondererscheinung des Wochenbettes. Verf. weist dann noch auf eine Beobachtung hin, die er bei seinen Untersuchungen machte. In den letzten Tagen der Schwangerschaft ist vorzüglich bei Erstgebärenden die Pulszahl etwas erhöht, wohl als Folge der langsam beginnenden, noch nicht schmerzhaften Wehenthätigkeit. Es gelang A. in einigen Fällen, den Schwangeren, bei denen er deutlich eine Vermehrung der Pulszahl wahrnahm, vorauszusagen, dass die Geburt innerhalb 24 Stunden in Gang kommen würde, bevor sie Wehen empfanden. (1901, No. 42.)

Zur Waldeyer-Feier.

Wenn je eine Festlichkeit aus dem innersten Bedürfniss der Freunde und Bewunderer eines grossen Mannes hervorgegangen ist, getragen von der innigen Verehrung sämmtlicher Theilnehmer, so war es das zu Ehren *Waldeyer's* von der Deutschen Medicinischen Gesellschaft veranstaltete Bankett am 26. October. Ausser der Creme der deutschen Aerztegemeinde von New York hatte sich eine stattliche Anzahl eingeborener Collegen eingefunden, deren Namen hir wie drüben den besten Klang besitzen.

Die Feier, wie sie vom Präsidenten *Geo. W. Jacoby* in stimmungsvoller Weise eröffnet wurde, wird allen Festtheilnehmern unvergesslich bleiben. Sie begann mit der Ueberreichung des Ehrendiploms der Gesellschaft. Aus den überaus herzlichen Worten, mit welchen *Jacoby* diesen erhebenden Actus begleitete, sei folgender Passus citirt: „Was wir Ihnen durch unsere kleine

Demonstration an Ehrenbezeugung darbringen können, thun wir gern und aus vollem Herzen, aber glauben Sie nur nicht, dass wir vervollständigte Altruisten sind; die Hörner des Egoismus lassen sich durchaus nicht verdecken. Nach *Emerson* ist die Zierde eines Hauses der Freund, der es frequentirt. Als solchen, als integralen Theil unserer eigenen Körperschaft, wollen wir Sie heute Abend begrüssen. Die Deutsche Medicinische Gesellschaft feiert in Ihnen das hoch begabte, hoch qualificirte, und hochverdiente eigene Mitglied. Um dieses thun zu können, hat die Gesellschaft Sie einstimmig zur Ehrenmitgliedschaft erwählt, und als Präsident der Gesellschaft gereicht es mir zur Ehre, Ihnen hiermit das Abzeichen dieser Wahl, das Ehren-Diplom, zu überreichen. Der Künstler hat es verstanden, auf diesem Blatte Deutschland, Amerika und die Deutsche Medicinische Gesellschaft symbolisch vereinigt darzustellen."

Dr. *Abraham Jacobi* schoss dann ein Kreuzfeuer von launigen Bemerkungen ab, deren Vigor mehr als je erkennen liess, wie sehr der Nestor der Gesllschaft noch zu den ewig Jungen gezählt werden darf. Aus seiner interessanten vergleichend-anatomischen Anrede möge Folgendes herausgehoben werden: „Verzeihen Sie, dass ich viel von uns rede, aber ich habe mit meinem Gruss gern sagen wollen, dass wir amerikanischen Aerzte und die amerikanischen Wissenschaften im Allgemeinen uns eins fühlen mit den Brüdern in Deutschland und auf dem Weltall. Unsere Wissenschaft ist eine Medicin, unser Leitstern eine Humanität, unser Ziel eines, Arbeit und Wohlthun, je nach unseren Kräften. Wie wir an diese Einheiten glauben, so fordern wir auch, dass unentwegt der Kopf vom Herzen gewärmt, das Herz vom Kopf geführt, und der Grundsatz in's Leben eingeführt werde, dass das Wissen dem menschlichen Herzen nichts Fremdes sein darf. Dabei wissen wir wohl, dass es nicht Jedem gegeben ist, ein grosser Forscher zu sein oder ein einflussreicher Führer, aber das Beste zu wollen und auszuwählen, ist Jedem erlaubt und geboten. Ich weiss, dass ich damit die Stimmung unser Aller ausspreche. Wenn Sie in dem Sinne von amerikanischen Collegen, einschliesslich der Mitglieder der Deutschen Medicinischen Gesellschaft von New York, denken und reden wollen, so werden Sie der Wahrheit die Ehre geben und unseres dankbaren Andenkens gewiss sein."

Welch, der treffliche Baltimorer Pathologe und dereinstige Schüler *Waldeyer's*, schilderte in begeisterter Redeweise die Verdienste Deutschlands um die Wissenschaft. Mit nicht geringem Stolz dürften deutsche Aerzte folgende Worte ihres amerikanischen Collegen vernehmen: „Die ersten Anfänge der Wissenschaft in den Vereinigten Staaten sind auf Schotten zurückzuführen. Aber wirklich erblüht und erstarkt ist dieselbe erst nachdem tüchtige deutsche Aerzte in grosser Anzahl nach den Vereinigten Staaten kamen und amerikanische Studenten auf deutschen

Universitäten mit offenen Armen aufgenommen wurden. Dass die Periode des medicinischen Chaos, welches durch die der schnellen Besiedelung grosser Strecken folgende Unordnung erzeugt wurde, so schnell und vollkommen überwunden wurde, ist zum grossen Theil dem deutschen Einflusse, der auf die beiden angeführten Arten ausgeübt wurde, zuzuschreiben."

In der für ihn so überaus characteristischen einfachen Weise sprach dann Geheimrath *Waldeyer* seinen Dank für die Erwählung zum Ehrenmitglied aus. Er schloss mit den Worten: „Was ich hier gesehen und gehört habe, machte einen überwältigenden Eindruck auf mich. Das höchste was mir das Leben geschenkt hat, ist Wissenschaft und Arbeit. Ganz besonders aber beglückt mich die Fähigkeit, zu lehren. Auch hierher bin ich nur gekommen, um zu lernen, denn die Zeit, wo man in Europa auf die Vereinigten Staaten herabsehen zu dürfen glaubte, ist vorüber. Mit Freude und inniger Genugthuung habe ich erkannt, dass die Fackel der Wissenschaft, die freilich in Europa zuerst angezündet worden ist, nun von bewährten Händen hier hochgehalten wird und hell leuchtet. Die Schätze, welche im Peabody-Museum der Yale Universität aufgehäuft sind, sind einfach phänomenal. Die Haltung der studirenden Jugend bei der Bicentennialfeier dieser berühmten Alma Mater war einfach prächtig. Ich weiss wirklich nicht, ob man drüben solche Feste in gleich würdiger Weise feiern kann. Jedenfalls aber habe ich mich überzeugt, dass Freiheit die Zucht mit sich bringt, welche den Menschen zum Manne macht, nämlich die Selbstzucht. Was immer ich hier geschaut, hat mich hoch beglückt, und die Erkenntniss, dass auch hier die Wissenschaft so herrlich gedeiht, macht mich wieder jung und verleiht mir neue Kraft zum Forschen, zum Lernen und zum Lehren."

Aus der Ansprache von *Carl Beck* mögen folgende Sätze Erwähnung finden: „Wo vor nahezu einem Jahrhundert *Goethe*, der grosse deutsche Hellene, zwei Jahre lang dem Studium der Anatomie oblag, als dessen Frucht er uns den Zwieschenkiefer bescheerte, erhebt sich heute eine nach den Angaben unseres illüstren Gastes errichtete anatomische Pflanzstätte. Wie das junge deutsche Reich aus politischem Wirrsal sich zu machtvoller Grösse erhob, so entstand in diesem Palladium der wiedergewonnenen Perle des Elsass ein moderner enthusiastischer Geist, welcher unendlich befruchtend sich bald weit über die Gauen Deutschlands hinaus fühlbar machte. Es war derselbe uneigennützige, dem Volk der Denker so congeniale Geist, der den unsterblichen Reformator der Anatomie *Andreas Vesalius*, richtiger den grossen Weseler, — denn er stammt aus der deutschen Stadt Wesel — beseelte, derselbe Esprit, welcher unserem grossen Collegen *Galvani* inne wohnte, als er die Zuckungen der Froschmusculatur an dem Balkon seines Hauses beobachtete an dem denkwürdigen Tage, da durch ihn die Electricität, diese welterobernde

Macht, das Licht der Welt erblickte. Und was ist heute aus dieser Erfindung des bescheidenen Forschers geworden, welche die Gelehrtenwelt damals als eine interessante Spielerei abthun zu dürfen glaubte! Die Bedeutung *Waldeyer's* als academischer Lehrer ist ebenso gross als die des Forschers. Ihm ist die Gabe verliehen, die Studentenschaft nicht bloss zu interessiren, sondern sie zu einer Hingebung anzufeuern, wie sie ohne Gleichen dasteht. Ja, *Waldeyer* hat es verstanden, dem Körper, aus welchem die Seele entflohen ist, wieder neues geistiges Leben einzuhauchen. Kein Wunder, dass sich die Berliner Studentenschaft zu den zündenden Vorträgen des Meisters drängt und vergessen hat, dass das Studium der Anatomie einst nur eine ungeheure Examenplage schien."

In harmonischer Weise fand das herrliche Fest seinen Abschluss in einem Toast auf *Virchow*, welcher von *Waldeyer* ausgebracht einen begeisterten Wiederhall fand.

Das Bankett war in den vornehmen Räumen des Delmonico'schen Restaurants von den Collegen *Gleitsmann* und *Breitenfeld* in meisterhafter Weise arrangirt. Alles klappte, das lucullische Mahl mundete vortrefflich, und der edle Traubensaft floss in Strömen. *Carl Beck.*

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York.

Montag, den 3. Juni 1901.

Präsident Dr. *Geo. W. Jacoby* eröffnet die Sitzung um 8¼ Uhr.

Secretär Dr. *John A. Beuermann* verliest das Protocoll der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird.

Präsident Dr. *Geo. W. Jacoby* berichtet, dass der Verwaltungsrath am 30. Mai eine Sitzung abgehalten habe, lediglich zur Besprechung des Empfanges für Professor *Waldeyer*. Gemäss der Empfehlungen des Verwaltungsrathes werden folgende Beschlüsse gutgeheissen:

1. Die Ankunft des Professor *Waldeyer* durch ein Banquet zu feiern, bei dem das Gedeck mit Wein nicht mehr als $5 bis $6 kosten soll.

2. Ungefähr sechs officielle Gäste einzuladen und auf Kosten der Gesellschaft zu bewirthen.

3. Die Arrangements des Empfanges einem Comité von 5 Mitgliedern mit Vollmacht zu übergeben.

4. Dass jedes Mitglied das Recht haben soll, einen Gast einzuladen,

und dass die Namen der so Einzuladenden dem Präsidenten zur Gutheissung zu unterbreiten sind.

1. *Vorstellung von Patienten und Demonstration von Präparaten, Instrumenten etc.*

a. Dr. *A. Rose* (Patientin vorstellend): Ich wünsche diese Patientin vorzustellen im Anschluss an meinen Vortrag über die *Behandlung der Gastroptosie mit dem Heftpflasterverband.*

Seit ich in letzter Sitzung meinen Vortrag gehalten, habe ich in Washington über denselben Gegenstand gesprochen. Leider konnte ich bei der Discussion des Vortrags in Washington nicht zugegen sein und musste aus den Zeitungen ersehen, dass einer der an der Discussion Theilnehmenden angeführt, der gewöhnliche Verband des Bandagisten sei dem Heftpflasterverband vorzuziehen, unter Anderem deshalb, weil der erstere den Vorzug habe, des Nachts abgenommen werden zu können. Nun habe ich hier eine Patientin, deren Fall das Irrige der Behauptung dieses Collegen beweist. Sie ist 44 Jahre alt. Vor 13 Jahren wurde sie wegen eines grossen Uterusfibroms operirt. Nach der Entfernung des Fibroms war eine Diastase der Recti abdominis zurückgeblieben und eine Gastroptosie hatte sich ausgebildet, wegen deren sie längere Zeit einen Bandagisten-Verband trug. Vor etwa zwei Wochen kam sie zu mir, klagte aber nur über Ohrensausen; sie meinte sie hätte verhärtetes Ohrenwachs. Ich konnte nichts Pathologisches an den Ohren finden. Gastrische Beschwerden wurden nicht geklagt. Was ich zunächst bemerkte, war Anaemie. Die Untersuchung des Leibes ergab leicht zu erzeugendes, weitverbreitetes Plätschergeräusch, eine formidable Narbe entlang der Linea alba. Hier haben wir einen Fall von Gastroptosie ohne gastrische Beschwerden. Solche Fälle sind übrigens nicht allzu selten. Ich legte der Patientin trotz der Abwesenheit von Verdauungsbeschwerden einen Heftpflasterverband an, und lernte von ihr beim nächsten Besuch wie viel angenehmer dieser Heftpflasterverband ihr sei als der früher getragene von Bandagisten angefertigte. Sie hob besonders hervor, ohne dass ich sie darnach gefragt, dass sie sich des Morgens beim Aufstehen auffallend viel wohler fühle, als dies sonst der Fall gewesen, da sie den Bandagisten-Verband trug.

Ich ziehe vor, das gewöhnliche (Mead) Rubber-Plaster allein zu verwenden, weil dies viel besser hält und meistens auch gut vertragen wird. Es giebt Fälle, in denen Hautjucken und Eczeme entstehen, so dass man den Rubber-Plaster-Verband abnehmen muss: unter solchen Umständen gebrauche ich dann das *Dieterich*'sche Zink-Gummi-Pflaster als Schutzmittel. Eine Patientin litt in Folge des Heftpflasterverbandes an ziemlich erheblichen Hautbeschwerden, die mich veranlassten, den Verband abzunehmen. Nach vierzehn Tagen, als die Haut geheilt war, bestand die Kranke auf Wiederanlegung des Pflasters, weil ihr Befinden unter der Behandlung sich so ausserordentlich gebessert habe, dass sie das Eczem gerne wieder in den Kauf nehmen wolle, um wieder der Wohlthat des Verbandes theilhaftig zu werden.

b. Dr. *A. Sturmdorf*: *Blutpräparate von einem Fall linealer-myelogener Leucaemie, complicirt mit Larynx- und Lungentuberculose.* (Ist in dieser Nummer der Monatsschrift als Originaarbeit publicirt.)

Discussion zu Fall a. Dr. *A. Sturmdorf*: Ich möchte Herrn Dr. *Rose* fragen, ob neben dem Plätschergeräusch auch Verdauungsstörungen vorhanden sind. Es ist eine colossale Rectusdiastase vorhanden; Dr. *Rose* bemerkte aber, dass die Patientin nicht über Magenbeschwerden klagte. — Dr. *A. Rose*: Es ist dies einer von den Fällen, in denen Gastroptosie auch ohne Verdauungsstörungen besteht. Es liegen hier in der That gar keine Verdauungsstörungen vor. Ich fand das Plätschergeräusch und nahm an, dass die Patientin in Anbetracht der Diastase der Bauchmuskeln sich wohler befinden, und dass früheren oder späteren üblen Zufällen vorgebeugt würde, wenn sie diesen Verband trüge. Ich stellte diese Patientin vor, weil ich beweisen wollte, wie gut der Verband vertragen wird. Es wäre wohl manches in Verbindung mit diesem Falle zu besprechen gewesen, auch der Zusammenhang mit den Nervenerscheinungen, die vorliegen, und die — wie es scheint — bis jetzt durch den Verband gehoben worden sind. Ich wollte aber heute nicht darauf eingehen, sondern mich darauf beschränken, den Vortheil des Verbandes überhaupt hier darzulegen

Vorträge.

a. Dr. *Fritz Schweyzer*: Vortrag über die Krankengeschichte und Behandlung eines Falles von *chronischer Fluorvergiftung.* (Liest.)

Discussion. Dr. *J. Wolf*: Ich habe nichts zur wissenschaftlichen Seite des Falles beizutragen, aber ich möchte bemerken, wenn etwa jemand skeptisch ist, weil man durch blosses Hineinsehen in das Glas die Aetzung nicht sehen kann, dass er sich sehr leicht auf optische Weise Weise überzeugen kann, dass wirklich eine Aetzung vorhanden ist. Denn wenn man die Stelle hier vor ein Licht hält, so sieht man, dass das Licht verdoppelt wird. Wenn man dann das Glas ein wenig dreht, so bewegt sich ein Licht um das andere. Es ist also eine Furche, die eine prismatische Wirkung giebt, und dadurch ist die Aetzung bewiesen. — Dr. *A. Jacobi*: Auch ich will keinen Beitrag zur Discussion geben, denn es handelt sich um etwas absolut Neues; ich will nur eine allgemeine Bemerkung machen: Ich bin trotz Verhinderungen nur dieses ausserordentlich wichtigen Vortrages wegen heute Abend hierhergekommen, und will im Interesse der Abwesenden darauf aufmerksam machen, was diejenigen verlieren, die da glauben einen so interessanten und wichtigen Vortrag versäumen zu dürfen. — Dr. *Otto G. Th. Kiliani*: Ich bin vor einiger Zeit von Dr. *Schweyzer* auf Kalkzuführung aufmerksam gemacht worden, in Fällen wo anzunehmen ist, dass die Blutgerinnung sehr langsam sein dürfte, wie bei Icterus u. s. w. Ich bin mit einem gewissen Zagen daran gegangen, aber trotzdem habe ich es in zwei Fällen auf Dr. *Schweyzer's* Rath versucht, und in beiden Fällen hat sich gezeigt, dass die Blutgerinnung entschieden zugenommen hat. Es ist keine Frage, dass wir das weiterhin bei Fällen, wo es darauf ankommt, Leberblutungen u. s. w. zu verhindern, befolgen sollten.

b. Dr. *Charles H. Jaeger*: *Grenzgebiete der Orthopaedie.* Mit Demonstration von orthopädischen Apparaten. (Liest.)

Präsident Dr. *Geo. W. Jacoby*: Die Zeit ist leider so weit vorgerückt, dass wir die Discussion dieses interessanten Vortrages vertagen müssen. Ich möchte aber Ihre Aufmerksamkeit noch auf kurze Zeit in Anspruch nehmen. Von unserem Secretär wurde mir soeben der Vorschlag gemacht, dass es vielleicht angebracht sei, Herrn Professor *Waldeyer* zum Ehrenmitglied unserer Gesellschaft zu wählen und ihm bei Gelegenheit der Feier das Ehrendiplom zu überreichen.

Der Vorschlag, Professor Dr. *Wilhelm Waldeyer* zum Ehrenmitgliede der Gesellschaft zu machen, unterzeichnet von den Herren *Beuermann, Pfister, Ripperger, Seibert, Ewald* und *Kaufmann,* wird regelrecht entgegengenommen und an das Aufnahmscomité verwiesen.

Zum activen Mitglied der Gesellschaft ist vorgeschlagen: Dr. *Adolf Baron,* 235 E. 78. Strasse, von Dr. *John Hoch.*

Schluss und Vertagung.

Dr. *John A. Beuermann,* prot. Secretär.

Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York.

110 West 34. Strasse.

Sitzung vom 25. *Januar* 1901.

Vorsitzender: Dr. *Einhorn.*

Vorstellung von Patienten.

1) Dr. *Kubin* stellt ein *Kind mit epileptischen Erscheinungen* vor, bei welchem die Circumcision der Vorhaut eine bedeutende Besserung hervorgerufen hatte.

Discussion. Dr. *A. Jacobi*: Ich will die einzelnen Thatsachen registriren. Die 10—15 Anfälle, die von der Mutter als epileptische bezeichnet wurden, gehören in das Gebiet der Epilepsie. Diese Symptome sollen sich gebessert haben, nachdem die Causa proxima entfernt worden war; die Gleichgewichtslage war gestört und nachdem die Störung beseitigt war, wurde die Epilepsie besser. Malaria war vermuthet worden, und ebenso auch Poliencephalitis, und mir scheint die letztere Vermuthung die richtige zu sein. Die Poliencephalitis hat die Neigung, besser zu werden und sie geht sogar öfters ganz zurück. Bei diesem Kinde hier scheint der Process noch nicht ganz vorübergegangen zu sein. Ich glaube, dass es sich hier um eine complicirte Poliencephalitis handelte, deren Erscheinungen durch die Phimose sich verschlimmerten. Ich bin der Ansicht, dass der Fall später noch klarer werden wird.

2) Dr. *A. Jacobi* stellt einen 5jährigen Jungen vor mit *offen gebliebenem Ductus Botalli.* Cyanose war nicht vorhanden.

Discussion. Dr. *Libman*: Ich schliesse mich der Diagnose an, glaube aber, dass noch etwas Anderes vorhanden ist. — Dr. *A. Jacobi*: Wenn es sich um eine Stenose der Pulmonalis handelte, würde das rechte Herz noch grösser und bedeutende Cyanose vorhanden sein.

3) Dr. *W. Freudenthal*: *Fall von Rhinitis rheumatica.*

M. H. Vor einigen Monaten hatte ich Gelegenheit, Ihnen einen Fall von Rheumatismus der Nase vorzustellen. Das Bild war jedoch kein ganz klares, weil es durch andere Symptome etwas verdunkelt war. Sie erinnern sich vielleicht, dass die Patientin an Kopfschmerzen litt und eine Exostosis septi nar. hatte. Ich entfernte die Exostose nicht, weil Pat. eine Bluterin war. Trotzdem wurden die Kopfschmerzen und die Schmerzen in der Nase besser auf antirheumatische Behandlung. Dieser Fall hier, den ich mir heute vorzustellen gestatte, betrifft, wie Sie sehen, ebenfalls ein Mädchen. Sie war bis vor 5 Jahren Dienstmädchen und ist seitdem im Montefiore Home. Sie ist jetzt 23 Jahre alt und bietet einen exquisiten Fall von Rhinitis rheumatica dar. Sie leidet seit Jahren an Gelenkrheumatismus und hat eine ausgesprochene Insufficienz und Stenose der Mitralis. Seit einigen Monaten klagt sie über Schmerzen in der Nase, und zwar ist es besonders die linke Seite, auf der sie einen Schmerz empfindet. Bei der Untersuchung sieht man schon von aussen an der Nase eine Röthung, die besonders die linke Hälfte derselben ergriffen hat. Die letztere ist auf Druck empfindlich. Die Rhinoscopia anterior ergiebt etwas weite Nasengänge, die mit einer tief dunkelrothen, nicht hypertrophischen Schleimhaut überzogen ist. Dieselbe ist besonders in der Gegend der mittleren Muschel auf Druck sehr empfindlich. Sonst ist nichts Pathologisches in den oberen Luftwegen zu finden. Ich verordnete der Patientin Natr. salicyl., das sie in ziemlich grossen Dosen vertragen konnte, worauf sie sich sehr bald besser fühlte. Beim Aussetzen desselben stellten sich die Schmerzen jedoch bald wieder ein, da auch das Wetter andauernd kalt war. Wir hielten sie daher Wochen lang unter allmählich kleiner wirkenden Dosen von Natr. salicyl. und haben deshalb jetzt ganz ausgesetzt, da sich Pat. ganz wohl fühlt. Es ist wohl somit zweifellos, dass wir auch hier einen jener nicht zu seltenen Fälle von *Rhinitis rheumatica* vor uns haben, der auf geeignete Behandlung sich prompt besserte.

Discussion. Dr. *A. Jacobi*: Die Erkrankung gehört in das Gebiet des Trigeminus. Es handelt sich um hyperämische Veränderungen der Schleimhaut und ist es nicht nöthig, Rheumatismus zur Erklärung heranzuziehen. — Dr. *Meierhof*: Bei Erkrankungen an Influenza finden wir oft genug Schmerzen, ohne dass die Höhlen erkrankt sind. — Dr. *Mannheimer*: Was ist Rheumatismus der Nase? — Dr. *Freudenthal*: Ich habe vielleicht Manches in dem Bericht ausgelassen, was ich hätte erwähnen sollen, so dass Patientin seit 6 Wochen an Kopfschmerzen litt. Ich glaube ganz entschieden, dass wir diesen Fall auf Rheumatismus der Nase zurückführen müssen.

4) Dr. *Kubin* stellt einen *Jungen mit weiblichem Habitus* vor. (Feminismus.

Discussion. Dr. *Wachenheim*: Man kann den Fall von zwei Hauptgesichtspunkten aus betrachten, a) Pseudo-Hermaphrodismus, welchem der Umstand entsprechen würde, dass die Hoden descendirt, jedoch klein sind, b) Eunuchismus, auf welchen alle übrigen Erscheinungen passen. — Dr. *A. Jacobi*: Der Fall erinnert an Myxoedem. Der Junge hat eine persistente grosse Thymusdrüse, und ich glaube, dass hier in diesem Falle mit Organtherapie geholfen werden kann. — Dr. *Herzfeld* berichtet über einen ähnlichen Fall, den er kürzlich beobachtet hatte, und bei welchem er mit Schilddrüsenextract sehr gute Erfolge erzielte. — Dr. *Einhorn* sah vor Jahren einen Mann mit weiblichem Habitus und ganz kleinem Penis. Der betr. Patient hatte auch im Uebrigen ganz weibliches Gebahren. Solche Fälle finden sich viele in der französischen Literatur, die auf Syphilis hereditaria zurückgeführt werden. Um Myxoedem handelt es sich hier nicht.

5) Dr. *Einhorn* stellt einen Fall von *maligner Erkrankung des Pylorus* vor.

6) Dr. *Libman* demonstrirte für Dr. *Rudisch* einen Fall von *Acromegalie*, der besonders bemerkenswerth war wegen des zugleich bestehenden hochgradigen Diabetes und einer ausgeprägten Hyperidrosis, die bekanntlich sehr selten bei Diabetikern vorkommt und ein Symptom bei Acromegalie darstellt. Der Fall wird in den diesjährigen Mount Sinai Hospital Reports ausführlich beschrieben werden.

L. A. Ewald, stellvertretender Secretär.

Sitzung vom 22. Februar 1901.

Vorstizender: Dr. *A. Jacobi.*

Vorstellung von Patienten.

1) Dr. *A. Jacobi*: Fall eines Kindes mit *Rachitis und Spasmus nutans.* Das Kind ist 11 Monate alt, wird jetzt noch mit der Brust genährt, hat aber seit seinem 6. Monat alles mögliche Sonstige zu essen und zu trinken bekommen, u. a. Bier und Kaffee, gelegentlich auch Kartoffel, Fleisch und Brod. Das Kind ist nie besonders krank gewesen, hat keine Durchfälle gehabt; geistig scheint es sich ziemlich gut entwickelt zu haben, es hat frühzeitig gelacht, hat jetzt 8 Zähne. Die drei ersten Zähne kamen, als das Kind 6 Monate alt war. Das Kind bietet folgende Erscheinungen: Es leidet an Spasmus nutans, der vor 5 Wochen zum ersten Male aufgetreten war, und in geringem Grade auch an rotatorischen Krämpfen. Die Mutter giebt an, dass der Spasmus nutans gelegentlich auch im Schlafe auftritt. Es ist ferner leichter Strabismus convergens und Nystagmus von oben nach unten vorhanden. Bei dem sehr fetten Kinde fällt das grosse Gesicht und der besonders in der vorderen Partie zurück-

weichende Schädel auf. Die Epiphysen sind gross und die unteren Extremitäten in der bei rachitischen Kindern gewöhnlichen Weise nach aussen gebogen. Die Thymus ist gross; wenn man das Kind nach vornüber legt, ist bedeutende Dämpfung da, die beim Zurücklegen des Kindes sich mässig vermindert. Daneben findet sich trotz der bestehenden Rachitis ein prämaturer Schluss des Kopfes; die Fontanellen sind nicht mehr zu fühlen. Dennoch hat das Kind einen Kopfumfang von 44 cm. Es frägt sich nun, woher dieser Spasmus nutans und rotatorius kommt. Bei Rachitis kommt ja Spasmus nutans sehr häufig vor, vielleicht ist auch der prämature Kopfschluss nicht ohne Einfluss hierauf. Anfälle von Singultus und Tic des ganzen Gesichtes treten nicht auf. Die einzige Complication besteht in einem gelegentlichen Krampf in den Händen. Rachitis allein würde ja den Fall ganz gut erklären, allein derselbe wird durch die Combination mit dem vorzeitigen Fontanellenschluss complicirter und gestaltet sich dadurch in prognostischer Beziehung vielleicht auch ungünstiger. Was die Therapie anbelangt, so würde ich in diesem Fall geeignetere Diät und Phosphor vorschlagen. Ich glaube nicht, dass Brom etc. hier von Einfluss sein würde. Gegen den vorzeitigen Fontanellenschluss lässt sich natürlich nichts thun.

Discussion. Dr. *Schapringer*: Der Nystagmus ist ein verticaler und ich möchte nur darauf aufmerksam machen, dass diese Richtung beim Nystagmus eine seltene ist. Ich hatte Gelegenheit, hier einen Fall von einseitigem Nystagmus vorzustellen, und habe damals schon auf diesen Umstand hingewiesen. Der doppelseitige Nystagmus ist sehr selten vertical, die anderen Richtungen sind viel häufiger vertreten. — Dr. *Adler*: Ich möchte fragen, ob in diesem Falle der Augenhintergrund untersucht worden ist; da es von Interesse wäre, zu wissen, ob die Verhältnisse an der Macula normal sind. — Dr. *A. Jacobi*: Der Augenhintergrund ist nicht untersucht worden. — Dr. *Percy Fridenberg*: Es wäre sehr wünschenswerth, etwas mehr über die Aetiologie in diesem Falle zu erfahren. So viel mir über die Entstehung des Spasmus nutans bekannt ist, wurde bei allen bis jetzt veröffentlichten Fällen beobachtet, dass die von den Kindern bewohnten Räume sehr schlecht beleuchtet waren. Auch die Mutter dieses Kindes giebt an, dass sie sich mit dem Kinde seit zwei Monaten in einer schlecht beleuchtetn Wohnung aufhalte, und seit dieser Zeit ist auch der Spasmus aufgetreten. Es ist daher ganz leicht möglich, dass das Kind im Dunkeln lag und das Licht mit den Augen suchte. Was eine etwaige Maculaerkrankung anbetrifft, so glaube ich nicht, dass eine solche vorhanden ist, da das Kind sehr gut fixirt. — Dr. *Schapringer*: Ich möchte nur die Priorität für *Raudnitz* wahren. Es ist erwähnt worden, dass bei Spasmus nutans in einer grossen Anzahl der Fälle Beziehungen zu den schlecht beleuchteten Räumen, in denen die Kinder gehalten wurden, nachgewiesen werden konnten. Diese Beobachtung stammt von *Raudnitz* in Prag. — Dr. *A. Jacobi*: Diejenigen Fälle, die mit Epilepsie oder Idiotie verbunden sind, geben eine schlechte Prognose. Wie dieser Fall hier, bei dem ausserdem eine frühzeitige Verknöcherung des Schädelbaches stattgefunden hat, verlaufen wird, müssen wir abwarten.

2) Dr. *A. Jacobi*: Fall von *ulceröser Stomatitis* bei einem Kinde.

Das Kind erkrankte im verflossenen October an einer heftigen Stomatitis. Es wurden Mundwaschungen verordnet und regelmässig kleine Dosen von Kal. chloric. gegeben. Der Foetor es ore besserte sich, aber sonst scheint der Entzündungsprocess weiter fortgeschritten zu sein. Ich sah das Kind nicht wieder, als bis sich ein Stück necrotischen Knochens vom Unterkiefer abgestossen hatte. Als ich das Kind dann wiederum vor 10 Tagen sah, hatte sich ein necrotisches Stück vom Oberkiefer abgelöst. Der Fall hier bietet eine der bedeutendsten Zerstörungen, die ich je nach einer ulcerösen Stomatitis auftretn sah.

3) Dr. *A. Jacobi*: Pat. ist 45 Jahr alt, Brauer, hat, wie er sagt, nicht übermässig viel Bier getrunken, seit dem letzten Sommer 6—7 Glas Bier pro Tag, früher wahrscheinlich mehr. Seit Kurzem trinkt er überhaupt nichts mehr. Zu Anfang des vorigen Sommers brach er die 9. und 10. Rippe auf der linken Seite. Diese Verletzung war im August geheilt. Sein eigentliches Leiden fing mit Stottern an, nachdem er im Juni und Juli mit Fieber erkrankt war. Das Stottern hat sich dann verschlimmert, ist aber seit zwei Monaten stationär geblieben. Um diese Zeit litt er sehr häufig an Schwindel und fiel auch gelegentlich um und musste von Zeit zu Zeit auch dabei erbrechen. Zugleich schwitzte er sehr viel und hatte viele langandauernde Kopfschmerzen. Er hat auch jetzt noch mitunter Schwindelanfälle, ohne aber dabei zu erbrechen. Es ist keine Geschichte für Lues da. Urinuntersuchung negativ, spec. Gew. 1014. Der linke Mundwinkel ist, wie mir scheint, etwas verschoben. Die Nasolabialfalte links ist etwas tiefer und der Mundwinkel hängt. Die Muskelkraft des Pat. hat bedeutend gelitten, besonders an den unteren Extremitäten. Der Druck der Hände ist schwach. Pat. hat Tremor, schüttet gelegentlich die Suppe aus dem Löffel. Er ist sehr vergesslich, aber in sonstiger Beziehung verständig. Seit 5 Tagen sieht er Nachts Katzen, Hunde, Affen etc., sein Temperament hat sich verschlechtert, er ist mehr irritabel. Das Stottern ist nicht schlimmer geworden. Diese Erscheinungen, die auf Bulbäraffection mit Betheiligung des Gehirns deuten, sind nur ein Theil des Bildes. Pat. hat ein doppeltes Mitralgeräusch und Vergrösserung des Herzens. Es besteht ferner ein starkes Geräusch oberhalb des Manubrium sterni. Ueber der linken Carotis ist ein starkes Geräusch wahrnehmbar, über der rechten nur in mässigem Grade. Der linke Radialpuls ist sehr bedeutend kleiner wie der rechte. Die Pupillen sind verengert und es ist nur sehr geringer Pupillarreflex vorhanden. Nun frägt es sich, ob ein directer oder indirecter Zusammenhang besteht zwischen diesem Aortenaneurysma und den sonstigen Erscheinungen.

Discussion. Dr. *Adler*: Pat. macht auf mich entschieden den Eindruck eines Alcoholikers. Ich bemerke keine Erscheinungen, die man auf Bulbäraffection zurückführen könnte. Die Sprache ist nicht stotternd, sondern zitternd, skandirend, wie man sie bei Alcoholikern zu finden pflegt. Ausserdem hat der Mann ein grosses Herz, das nach beiden Seiten hin vergrössert ist, und auf beiden Seiten einen Pulsus celer. Ferner ist eine grosse Leber vorhanden. Mir scheint daher, dass sämmtliche Erscheinungen auf chronischen Alcoholismus zurückzuführen sind. Dass ein Aneu-

rysma der Aorta vorhanden ist, darüber besteht kein Zweifel, allein dieses kann auch dem Alcohol zugeschoben werden. Auffallend ist nur, dass bei einem Manne mit verhältnissmässig so geringen alcoholischen Störungen in einem so frühen Lebensalter ein derartiges Aneurysma aufgetreten ist. Man könnte daher immerhin noch an Lues denken, wenn auch die Anamnese in dieser Beziehung nichts ergeben hat. — Dr. *A. Jacobi*: Die Vergrösserung des Herzens und auch der Leber könnte durch das doppelte Mitralgeräusch seine Erklärung finden. Dass auch der Alcohol mit an den Veränderungen schuldig ist, daran zweifele ich nicht, da der Mann sich sicher nicht mit 6—7 Glas Bier pro Tag begnügt hat. Als ich den Pat. vor 14 Tagen zum ersten Male sah, stotterte er bedeutend mehr wie heute. Syphilis in diesem Falle anzunehmen, ist meiner Ansicht nach doch etwas gewagt. In der Anamnese deutet nichts auf eine solche hin. Der Mann spricht sich über seinen Zustand sehr resolvirt aus. Die Frau hat drei Schwangerschaften durchgemacht, die alle drei lebendige Kinder ergaben. Es sind bei dem Pat. weder Indurationen noch Lymphknoten aufzufinden. — Dr. *Adler*: Was die Geräusche der Mitralis anbelangt, so machen dieselben auf mich den Eindruck fortgeleiteter Geräusche, bin daher der Ansicht, dass die Mitralis in diesem Falle vollständig intact ist. Die Dämpfung über dem Sternum ist meiner Meinung nach entweder durch Fettauflagerung bedingt oder es handelt sich hier um das gewöhnliche grosse Herz der Alcoholiker. Die Leber ist ganz entschieden alcoholische Fettleber. — Dr. *Ripperger*: Dr. *A. Jacobi* hat erwähnt, dass Pat. vor 14 Tagen bedeutend stärker stotterte als heute. Dieser Umstand spricht meiner Ansicht nach ganz entschieden für chronischen Alsoholismus. Die Thatsache, dass Pat. heute mit seiner Sprache sicherer ist, resp. dieselbe mehr in seiner Gewalt hat, lässt ziemlich sicher vermuthen, dass sich Pat. zur Stärkung für die heutige Vorstellung vor seinem Hierherkommen „Einen genehmigt" hatte, wodurch ja bekanntlich Tremor alcoholicus, die skandirende Sprache der Alcoholiker etc. für kurze Zeit eine Besserung erfahren.

Fälle aus der Praxis.

1) Dr. *Leszynsky*: Ich möchte fragen, ob die Herren keine Fälle von Neuritis im Anschluss an die Impfung beobachtet haben. Ich habe zwei derartige Fälle gesehen. — Dr. *Schapringer*: Betrafen die Fälle männliche oder weibliche Individuen? — Dr. *Leszynsky*: In beiden Fällen handelte es sich um männliche Personen.

2) Dr. *Ripperger*: Ich hatte vor Kurzem einen ziemlich schweren Fall von Abdominaltyphus in Behandlung, bei dem mir auffiel, dass er vom Beginne bis zum Ablauf der Erkrankung mit hartnäckiger Verstopfung einherging; es fehlte also eines der Cardinalsymptome für Typhus vollständig. Fälle, bei denen anfänglich, besonders während der ersten Woche Verstopfung bestand, habe ich ja auch in Deutschland zur Genüge gesehen, allein dann stellten sich immer mehr oder minder heftige Durchfälle ein. Dass die letzteren hier zu Lande nicht so intensiv und von geringerer Dauer waren, war mir schon bei anderen Fällen aufgefallen, allein dies war mein erster Fall, der vollständig mit Verstopfung verlief. Der Fall war mir noch in

anderer Beziehung interessant. Vor kurzer Zeit war mir eine Arbeit von Dr. *Seibert* zu Gesicht gekommen, in welcher derselbe dringend vor dem Gebrauch von Milch bei Typhus warnt, da dieselbe die Durchfälle vermehre und verschlimmere und die Dauer des Typhus verlängere. Wenn ich auch bei dem Gebrauch der Milch bei Typhus bisher keinerlei schädigende Wirkung beobachten konnte und eine solche a priori gar nicht erwartet werden kann, so beschloss ich doch diesen Fall bezüglich des Einflusses der Milch auf den Verlauf der Erkrankung genau zu beobachten. Ich brachte fast ausschliesslich Milchdiät in Anwendung, es traten keine Durchfälle auf, sondern wie schon erwähnt, blieb es bei hartnäckiger Constipation, und der Fall verlief nicht besser und nicht schlechter, wie ich es sonst bei der Schwere des Falles auch erwartet hatte. Wenn ich schon früher vom Milchgebrauch bei Typhus keine schädigende Wirkung gesehen hatte, allerdings ohne speciell auf diesen Punkt zu achten, so konnte mich dieser Fall gewiss nicht zur gegentheiligen Ansicht bekehren.

Discussion. Dr. *Adler*: Ich kann Dr. *Ripperger* mittheilen, dass hier in Amerika die Abdominaltyphusfälle anders zu verlaufen pflegen, wie in Deutschland. Das Fehlen von Durchfällen und Vorhandensein von Verstopfung ist hier nichts Seltenes, und zwar aus dem Grunde, weil wir es hier in den meisten Fällen mit Colontyphus zu thun haben. Der Grund hierfür dürfte in der hier allgemein verbreiteten Dyspepsie zu suchen sein. An die *Seibert*'sche Theorie von dem schädigenden Einfluss der Milch bei Typhus glauben wir alle nicht. — Dr. *A. Jacobi*: Auch ich kann sagen, dass die von Dr. *Ripperger* erwähnten Fälle von Typhus ohne Diarrhoen hier nicht so selten sind.

A. Ripperger, Secretär.

Die 73. Versammlung deutscher Aerzte und Naturforscher zu Hamburg.*

Allgemeine Sitzungen.

Der erste allgemeine Vortrag von *E. Lecher*-Prag lautete: *Ueber die Hertz*'sche *Entdeckung electrischer Wellen und deren weitere Ausgestaltung.* (Autoreferat.)

H. Hertz war Hamburger. Es ist daher Pflicht der Dankbarkeit, seiner zu gedenken.

Nach *Maxwell* giebt es auch kurzdauernde electrische Ströme in Isolatoren, z. B. im Aether.

Eine solche schnell hin- und herpendelnde electrische Kraft, ein sogenannter Verschiebungsstrom, ist in seinen magnetischen Wirkungen gleich einem rasch oscillirenden Wechselstrome. Derselbe muss im benachbarten Aetherraume weitere Verschiebungsströme induziren, welche sich mit Lichtgeschwindigkeit fortpflanzen und auch sonst mit Lichtstrahlen

*) Aus Deutsche Praxis, 1901, No. 19.

identische Eigenschaften zeigen. Ein solcher oscillirender Verschiebungsstrom ist dasselbe, was *Fresnel* als transversale Aetherschwingung ansah.

Diese theoretischen Ueberlegungen *Maxwells* stammen aus dem Jahre 1865. Sie finden nur langsam Boden. — Ganz unmöglich aber erschien ein experimenteller Beweis. Noch 1881 veröffentlichte *Fitzgerald* eine Arbeit: „Ueber die Möglichkeit, wellenartige Störungen im Aether mit Hilfe electrischer Kräfte hervorzurufen." *Hertz* referirte darüber in den „Fortschritten der Physik" und berichtet, dass *Fitzgerald* Gründe beibringt, welche solche Störungen unmöglich erscheinen lassen.

Als dann sechs Jahre später *Hertz* durch rasche Ladung und Entladung Strahlen von electrischer Kraft herstellte, mit welchen er fast alle altbekannten optischen Versuche nachmachen konnte, wie Reflexion, Brechung u. s. w., war es wohl ein freudiges Gefühl der Erleichterung: den genialen Träumen der electrischen Lichttheorie entsprach reale Wirklichkeit.

Und wie einfach war die Wünschelruthe, mit der *Hertz* seine Schätze hob. Die längst bekannten electrischen Schwingungen, welche fast jede electrische Entladung begleiten, erwiesen sich ihm auch als Ausstrahler von *Maxwell*'schen electrischen Wellen. Durch diese wurden in einem entfernten Drahtringe rasch oscillirende Wechselströme inducirt und ein kleines Fünkchen zeigte dem scharfen Blicke des grossen Forschers noch in etwa zehn Meter Entfernung von der Ursprungsstelle die Existenz electrischer Wellen an.

Und da sagte er: „Es erscheint unmöglich, fast widersinnig, dass diese Fünkchen sollten sichtbar sein; aber in völlig dunklem Zimmer für das geschonte Auge sind sie sichtbar."

Mit Rührung erfüllt uns der naive Jubel dieser Worte. Sie sind der bescheidene Taufspruch eines gewaltiger Zukunft entgegenstrebenden Keimes. — Auf 300 km sendet bereits *Marconi*, dem wohl der Ruhm gebührt, als erster die technisch werthvolle Seite der sogen. drahtlosen Telegraphie ausgearbeitet zu haben, seine electrischen Wellen und lässt sie in dieser Entfernung hämmern und klopfen. Vorbereitete Energie können wir so in fernen Orten beliebig auslösen, im Guten und Bösen. Manch gefährdetem Schiffe auf einsamem Meere ist jetzt schon, wo die Sache noch im Beginne ihrer Entwickelung steht, durch diese Aether-Telegraphie rechtzeitig Hilfe zu theil geworden. Unsere electrischen Wellen könnten aber auch andererseits, z. B. von diesem Saale aus, ohne Drahtleitung mit Lichtgeschwindigkeit fortfliegend, unschwer ganz Helgoland in die Luft sprengen, natürlich das nöthige Dynamit und die behördliche Erlaubniss vorausgesetzt.

Könnte *H. Hertz* heute unter uns treten, er wäre wohl selbst überrascht, wie seine Wellen über die engen Grenzen des Laboratoriums hinausgewachsen sind, dessen Wände ihm durch ungewollte Reflexion doch so manchen bösen Streich gespielt hatten.

Das Instrumentchen, welches sich durch solch staunenswerthe Empfindlichkeit im Entdecken electrischer Wellen auszeichnet, der sogen. Kohaerer, besteht aus einigen, lose aneinander liegenden Metalltheilchen, deren Widerstand sich durch das von den electrischen Wellen ausgelöste

Funkenspiel ändert. Man konnte so die nach Centimeter und Meter zählenden Wellenlängen von *Hertz* bis auf 4 mm verkleinern.

Andererseits ist die längste Wärmewelle mit $^6/_{100}$ mm gemessen worden, so dass das etwa zehn Octaven weite Gebiet der Wärmestrahlung noch durch einen Zwischenraum von etwa sechs Octaven von dem Gebiete der eigentlichen electrischen Schwingungen getrennt ist, eine Lücke, deren vollständige Ueberbrückung sehr unwahrscheinlich erscheint.

Mit diesen kleinen Wellen hat man nun alle optischen Versuche in electrischen Analogien nachgemacht. Dieses Gebiet taufte *Righi*, der es systematisch und mit grösstem Erfolge bearbeitete, mit einem, wenn auch vielleicht philologisch nicht ganz richtigen, so doch ungemein bezeichnenden Namen: Optik der electrischen Oscillationen.

Dieser Theil des Nachlasses von *Hertz* ist wohl der berühmteste und bekannteste. Alles stimmt. Eine Riesenarbeit der verschiedensten Forscher, eine Fülle von Fleiss und Scharfsinn ermöglichte dies.

Die bis jetzt betrachteten Wellen pflanzen sich in Luft oder in leerem Raume fort, bevor sie an das brechende oder reflectirende Medium gelangen. Man spricht daher oft, zwar nicht ganz correct, aber bequem von Luftwellen, im Gegensatze zu den Drahtwellen. Selbstredend ist es weder die Luft, noch der Draht, die schwingen, sondern die electrischen Kräfte in diesen Substanzen.

Auch diese Drahtschwingungen sind theoretisch und practisch Gegenstand unzähliger Arbeiten geworden und haben manch interessante Resultate geliefert.

Von allgemeinem Interesse erscheinen besonders die Ergebnisse jener Betrachtungen, welche sich auf die Schwingungen in einem einfachen geraden Drahte oder in einer Kugel beziehen. Das Molekel ist ja auch etwas derartiges. Hier nimmt die Schwingung ungeheuer rasch ab, die Dämpfung ist sehr gross. Nicht so sehr wegen der durch die electrischen Wechselströme erzeugten Erwärmung des Drahtes, sondern weil durch die Erzeugung der electrischen Wellen sehr viel Energie verbraucht wird. Je grösser die Dämpfung, desto besser ist der Erreger. Bei einmaliger Erregung hört schon nach ein paar Schwingungen die Strahlung auf. Die Energieabgabe bei einer einmaligen Erregung, die leider nur z. B. einige Millionstel Secunde andauert, entspricht einer gleich kurzen Arbeitsleistung von etwa 50 Pferden. Dann haben wir aber eine lange, lange arbeitslose Pause, bis ein neuerlicher Funke neuerliche Schwingung und neuerliche Strahlung erregt. Diese Pause zu verkürzen wird um so schwerer, je rascher die electrische Schwingung vor sich geht. Für längere Wellen ist dies *Tesla* in seinen Aufsehen erregenden Versuchen noch halbwegs gelungen; für die eigentlichen *Hertz*'schen Schwingungen aber steckt hier unsere Technik noch in den Kinderschuhen im Hinblicke auf jene glänzende Lösung des Problems, welches uns die Natur in den glühenden Körpern zeigt. Hier wird der Strahlungsverlust durch fortwährende Energienachfuhr unendlich rasch gedeckt, so dass z. B. ein Quadratmeter der Sonnenoberfläche pro Secunde eine Arbeit von 45,000 Pferdekräften ausstrahlt.

In dem bisher referirten ersten Theile des Vortrages wurden Er-

scheinungen und Entdeckungen besprochen, welche in ihrer Entwicklung den erwarteten Weg nahmen. Manche Schwierigkeit musste überwunden werden, manch freudige Ueberraschung lohnte die Mühe, aber man kann hier von wesentlichen Complicationen kaum sprechen. Es ist alles in allem eine glänzende Bestätigung der electro-magnetischen Lichttheorie.

Wir hatten es bisher hauptsächlich nur mit Wellen in Luft, Aether oder längs Drähten zu thun und verhältnissmässig sicher wies sich uns der Weg gleich dem Schiffer auf hoher See, so lange er die wogende Brandung an starren Felsen scheut. Die weite Ferne von Klippen und Riffen glättet den Wellengischt und glatt scheinen von draussen die Küsten. Der Entdecker aber muss landen, er muss hinein, hindurch durch den Kampf von Meer und Land.

So finden auch wir härtere Arbeit, wenn wir aus dem glatten Aetherraume vordringen zwischen die zerklüftete, in Molekel und Atome gespaltete Materie.

Eine sichere Thatsache jedoch steht hier einem wegweisenden Leuchtthurme gleich an den Grenzlinien unserer heutigen Betrachtungen, die schönen Versuche von *Zeeman* über den Einfluss magnetischer Kräfte auf die Spectrallinien leuchtender Gase, wohl unter den Entdeckungen nach *Hertz* eine der bedeutendsten.

Dehnen wir nämlich unsere electrischen Analogien auf Erscheinungen aus, in welchen besondere Eigenschaften der Molekel durch die optischen Wellen aufgedeckt worden waren, z. B. auf die Farbenzerstreuung, so finden wir manche derzeit noch ungelöste Schwierigkeit.

Schon die eigentliche Optik hatte hier kein leichtes Spiel, doch gelang es immerhin noch, die Fülle der Fälle in eine einheitliche Formel zu zwingen.

Und nun kommt *Hertz* als Störenfried und erweitert die altbekannten Aetherschwingungen, die wir besonders mit dem Kohaerer unseres Organismus, unserem Auge studirt hatten, ins Unendliche. Solche Störungen werden jeder Wissenschaft zum Segen. Hatten schon die alten optischen Wellen ein glänzendes Mittel zum Erkennen manch molekularer Eigenschaft der Körper gegeben, so dürften wir nun wohl auch voll Hoffnungen die neuen, wenn auch infolge ihrer Grösse etwas ungelenkeren Schwestern in den Dienst der physikalisch-chemischen Forschung stellen.

Dieser Theil des Gebietes *Hertz*'scher Wellen ist derzeit noch im Werden. Es handelt sich da um jene merkwürdigen Erscheinungen, dass ein Körper, der für gewöhnliche electrische Ströme als Isolator gilt, z. B. Alcohol, solch rasch oscillirende *Hertz*'sche Schwingungen absorbirt; man nennt das anomale Absorption. Dabei tritt noch immer anomale Dispersion auf: während in den meisten Fällen bei kleineren Wellenlängen die Brechung grösser wird, finden wir hier bei den langen *Hertz*'schen Wellen oft ganz kolossale Brechungen.

Die Versuche auf diesem Gebiete sind ganz besonders schwierig und es liegen derzeit noch nicht einmal allseitig übereinstimmende Resultate vor. Aber auch richtige und einheitliche Versuchsergebnisse vorausgesetzt, wird die theoretische Deutung immer ziemlich verwickelt sein.

Leichter war es, solange man nur im Aether mit einem einheitlichen Raumcontinuum arbeiten durfte. Sowie man aber in das intime Wechselgebiet von Aether und Materie eindringt, treten die Inhomogenitäten der Materie ins Spiel, Molekel und Atome, Dinge, welche ob ihrer Kleinheit sich der directen Sinneswahrnehmung wohl ewig entziehen werden.

Hier sind wir im Reiche der Phantasien, der Hypothesen, und diese erlauben unserem Geiste, die Zertheilung der Materie nach Bedürfniss beliebig weit zu treiben. Man hat so das Atom, das Untheilbare durch passende Versuchsdeutungen noch weiter getheilt und diesen Theilen a priori electrische Ladungen verliehen; auf Umwegen versuchte man sogar, die Grösse und Ladungen dieser Atomsplitter zu bestimmen. Diese neueste, noch im Werden begriffene Entwickelung physikalischen Denkens geht über die viel einfacheren, von *Hertz* behandelten Probleme hinaus. Die Zahl der Wechselbeziehungen zwischen Licht, Electricität und Materie ist gross; hoffentlich viel, viel grösser als unserem derzeitigen Wissen entspricht. Diese alle einheitlich zu umspannen, ist das wohl nie zu erreichende Schlussideal der Physik, angestrebt von den Ersten unseres Faches.

Wie der Kleinkrämer einstiger Tage im engen Kreise seines Städtchens oder Ländchens noch Verdienst suchen und finden konnte, indess unsere grossen Handelsfürsten von heute weitblickend die Konjunctur der ganzen Welt ausnützen müssen, so wird auch nur *der* Naturforscher in Zukunft Grosses leisten, welcher, ausgestattet mit dem modernsten Raffinement einschlägiger Hilfswissenschaften trotz pedantischer Emsigkeit aufbringt, die ganze Welt seiner Disciplin einheitlich zu denken.

In diesem Sinne leistete *Hertz* wirklich Grosses. Denn die nur in theoretischen Träumen erahnte Verbindung zweier Riesencontinente unserer Wissenschaft, von Optik und Electricität, endgültig hergestellt zu haben, ist sein unsterbliches Verdienst.

Ihnen, hochverehrte Versammlung, den auf diesem Verbindungswege heute schon lebhaft hin- und herwogenden Verkehr flüchtig zu schildern, war meine bescheidene Reporterpflicht.

Als der Beifall für den Redner, dessen Ausführungen an die physikalische Vorbildung der Hörer sehr hohe Anforderungen stellen, sich gelegt hatte, machte der II. Geschäftsführer Mittheilung, dass Herr *Hofmeister*-Strassburg leider durch Krankheit verhindert ist, seinen Vortrag über den chemischen Hausrath der Zelle zu halten. Es sprach nunmehr Prof. *Boveri*-Würzburg über das *Problem der Befruchtung*.

Was *Boveri* bot, war wegen der geistreichen Schlüsse, die er aus zahllosen embryologischen Untersuchungen auf die Fortpflanzung der Thier- und Pflanzenwelt zog, besonders interessant. Er knüpfte an die Beobachtungen *O. Hertwigs* (1875) über den Befruchtungsvorgang beim See-Igel an, weil diese für alle späteren Forschungen über das Verhältniss des Spermatozoons zum Ei grundlegend gewesen sind. An trefflichen Wandtafeln erläuterte der Redner das Einbohren des Spermatozoons in das Ei, das Abfallen der Geissel, die Verschmelzung des Kopfes und Mittelstückes mit dem Eikern und die sofortigen Verdickungen der Dotterhaut, welche anderen Spermazellen das Eindringen unmöglich macht. Ferner

beschrieb er die jetzt viel genauer erkannten Vorgänge bei der Kern- und Zelltheilung, die immer weiter bis zur Vollendung des Organismus als geordneter Complex specifisch qualificirter Zellen fortschreiten. Die Frage: „Was bringt das Sperma in das Ei hinein, um dies zur Entwickelung anzuregen?" ist dahin zu beantworten, dass es in ihm nur eine „Hemmung auslöst." Wie diese geschieht, referiren wir nach der Münch. med. Wschr.:

Schon die ersten Beobachter bemerkten, dass sich um den Spermakern gewisse Bestandtheile des Eiprotoplasmas zu radiären Bahnen anordnen, dass diese Strahlensonne oder Astrosphäre sich mit dem Spermakern dem Eikern nähert und dass an ihre Stelle später zwei solche Strahlungen treten, die sich am ersten Embryonalkern gegenüberstehen. Ein Verständniss dieser merkwürdigen Erscheinungen wurde durch das Studium der Vorgänge gewonnen, die sich bei der Theilung irgend einer typischen thierischen Zelle abspielen. Was zunächst die Theilung des Kerns anlangt, so geht dieselbe in der Weise vor sich, dass der Kern als solcher verschwindet, während eine in ihm enthaltene Substanz, das sog. Chromatin, sich für eine zu jeder Species bestimmten Zahl von isolirten fadenförmigen Stücken, den Kernelementen, zusammenzieht. Diese theilen sich der Länge nach in je zwei identische Hälften, worauf jede von diesen Hälften in einen anderen der beiden Bezirke geführt wird, die sich später als Tochterzellen voneinander abgrenzen. Gehen also aus dem Mutterkern z. B. 48 Kernelemente hervor, so erhält jede Tochterzelle auch 48 und zwar von jedem Element des Mutterkerns die eine Hälfte. In jeder Tochterzelle vereinigen sich dann die Kernelemente wieder zur Bildung eines bläschenförmigen Kerns. Diese sorgfältige Vertheilung der Kernelemente auf die Tochterzellen wird durch einen Apparat bewirkt, dessen Entstehung und Wirkungsweise seit dem Jahre 1887 bekannt ist. Es zeigte sich, dass neben dem Kern im Protoplasma ein kleines Körperchen (Centrosoma) liegt und dass die Zelltheilung dadurch eingeleitet wird, dass dieses Körperchen sich in zwei Hälften theilt. In diesen beiden neuen Centrosomen sind, wie der weitere Verlauf lehrt, zwei Mittelpunkte gegeben, deren jeder die Hälfte der Kernelemente in Anspruch nimmt und die Hälfte des Protoplasmas um sich abgrenzt. Jedes der beiden neuen Centrosomen umgiebt sich, während es sich von den anderen entfernt, mit einem Hof radiärer Plasmastrahlen, mit einer Astrosphäre. Diese Astrosphären haben die Eigenschaft, die Kernelemente an sich zu binden und bis auf gewisse Entfernung an sich heranzuziehen. Indem jedes Kernelement diese Einwirkung von beiden Astrosphären erfährt, wird es in die Mitte zwischen beiden geführt und alle Kernelemente werden so in einer äquatorialen Ebene zwischen den Centrosomen zur Ruhe gebracht. Die vorhin erwähnte Spaltung der Kernelemente erfolgt nun so, dass jede Hälfte mit einer anderen Sphäre in Verbindung bleibt. Jetzt weichen die beiden Sphären auseinander, jedes die ihm verbundenen Hälften der Kernelement mit sich führend. In der Mitte zwischen beiden Gruppen erfolgt sodann die Durchschnürung des Protoplasams. Während nun in jeder Tochterzelle aus den Kernelementen der neue Kern entsteht, bildet sich die Astrosphäre zurück, das Centrosoma dagegen

bleibt bestehen, um durch seine Zweitheilung die nächste Zelltheilung einzuleiten. Wir lernen sonach in dem Centrosoma ein besonderes Organ der Zelle kennen, dessen Function die eines Theilungs- oder Fortpflanzungsapparates der Zelle ist.

Betrachtet man von dem gewonnenen Standpunkte aus das Befruchtungsproblem, so ist die erste Frage: woher rühren die beiden Centrosomen, welche die Theilung des Eies bewirken? Die Untersuchung zahlreicher thierischer Eier hat ergeben, dass sie aus dem Spermatozoon stammen. Das Spermatozoon führt ein Centrosoma ins Ei ein, welches alsbald eine Astrosphäre um sich erzeugt und sich alsdann theilt. Dem Ei fehlt das Centrosoma oder, wenn ein solches vorhanden ist, ist es unter normalen Umständen zu keiner Activität befähigt. Es wird ersetzt durch dasjenige des Spermatozoons, von dem nun alle Centrosomen des neuen Organismus abstammen.

Auf Grund dieser Thatsachen und einer Anzahl von Experimenten (Befruchtung und Entwicklung entkernter Eier, Lähmung des Spermakerns bei Wirksamkeit seines Centrosoma, Folgen des Eindringens mehrerer Spermatozoen ins Ei) hat der Vortragende die Theorie aufgestellt, dass die befruchtende Wirkung des Spermatozoons auf nichts anderem als auf der Einführung eines neuen Theilungsapparates, eines Centrosoma, beruhe. Das ursprüngliche Problem der Befruchtung sieht er damit als gelöst an. Allein diese Lösung vermag uns nicht völlig zu befriedigen. Durch sie selbst und durch eine Reihe sonstiger Erfahrungen hat die ganze Frage eine andere Gestalt angenommen, als sie ursprünglich hatte. Eine vergleichende Betrachtung geschlechtlicher Vorgänge ergiebt, dass ihre Wurzel zurückgeht bis zu den einzelligen Wesen. Auch hier tritt von Zeit zu Zeit eine Zellenpaarung, Conjugation, ein, die der Paarung von Eizelle und Samenzelle vergleichbar ist, nur mit dem wichtigen Unterschied, dass 1. die beiden conjugirenden cellulären Individuen in den einfachsten Fällen vollkommen gleich sind und dass 2. die Zellenpaarung nicht den Ausgangspunkt eines Processes bildet, den man als Entwicklung bezeichnen könnte. Vor allem dieser letztere Punkt ist für die Beurtheilung der Befruchtungserscheinungen von grosser Wichtigkeit; wollte man die mit dem Wort Befruchtung sich unwillkürlich verbindende Vorstellung des Anstosses zu neuer intensiver Lebensthätigkeit auf die Conjugation übertragen, so liesse sich dies nur durch die Annahme thun, dass nach einer Reihe von Zelltheilungen eine Erschöpfung eintritt, die durch eine nun erfolgende Zellenpaarung gehoben wird. Eine derartige Anschauung, die vielfach als „Verjüngungstheorie" bezeichnet wird, hält der Vortragende sowohl aus allgemeinen Gründen, wie auch nach allem, was wir über ungeschlechtliche Vermehrung von Pflanzen wissen, für unhaltbar. Nach seiner Meinung — und dies dürfte gegenwärtig, besonders auf Grund der Weissmann'schen Schriften, überhaupt die herrschende sein — kann die Bedeutung der Zellenpaarung nur in der Mischung der individuellen Eigenschaften der verschmelzenden Zellen gesehen werden.

Ist dies richtig, so erklären sich diejenigen Eigenthümlichkeiten, durch welche sich die Befruchtung der vielzelligen Organismen von der

Conjugation der einzelligen unterscheiden, in folgender Weise. Der sexuelle Gegensatz, den wir zwischen Eizelle und Samenzelle finden, ist kein fundamentaler, sondern hat lediglich die Bedeutung einer Arbeitstheilung. Fragt man, was nöthig ist, damit zwei Keimzellen von zwei verschiedenen Individuen zusammen einem neuen Individuum Entstehung geben, so lassen sich drei Bedingungen namhaft machen:

1. Es darf nicht jede Keimzelle für sich allein die Entwicklung beginnen; 2. die beiden Zellen müssen zusammentreffen, sich finden; 3. sie müssen miteinander eine gewisse Menge von Protoplasma und Nährsubstanz zum ersten Aufbau des neuen Organismus aufbringen. In diese beiden letzteren Bedingungen haben sich die Keimzellen getheilt; die Eizellen liefern das ganze Material an Protoplasma und Nährsubstanz, die Samenzellen sorgen für die Vereinigung. Und an diese Arbeitstheilung knüpft nun auch die reciproke Hemmung an, die die selbstständige Entwicklung der einzelnen Keimzelle verhindert. Die Samenzelle ist gehemmt durch Protoplasmamangel; in der Eizelle, die in dieser Beziehung alles zur Entwicklung Nöthige besitzt, fehlt der Antrieb, das Centrosoma.

Betrachtet man nun die Erscheinung, dass bei den höheren Organismen die Zellenpaarung an die Fortpflanzung geknüpft ist und also der Anschein entsteht, als sei die Verschmelzung zweier Keimzellen eine Nothwendigkeit zur Erzeugung eines neuen Individuums, so führt unser Ergebniss, dass die Bedeutung der Zellenpaarung nur in einer Qualitätenmischung liegen kann, gerade zur umgekehrten Anschauung. Zwei aus zahllosen Zellen zusammengesetzte Organismen können nicht zusammenfliessen und ihre Eigenschaften vermischen; nur auf jenem Zustand ist die Mischung möglich, wo das Individuum sozusagen noch in eine Zelle zusammengefasst ist, wo es als Keimzelle existirt. Da können zwei Keimzellen von zwei verschiedenen Individuen miteinander verschmelzen und so in dem neuen Individuum eine Mischung der elterlichen Qualitäten bewirken. Nicht die Zellenpaarung also ist eine Vorbedingung für die Entwicklung, sondern umgekehrt: die Fortpflanzung durch *eine* Zelle ist die nothwendige Voraussetzung für die Mischung. Die Unfähigkeit von Eizelle und Samenzelle, sich selbstständig zu entwickeln, erscheint danach nicht mehr als ein fundamentaler Mangel, sondern als ein Verzicht. Die Keimzellen haben eine ihnen ursprünglich zukommende, beim Ei ja in der Parthenogenese noch hier und dort erhaltene Fähigkeit aufgegeben, um sie erst in gegenseitiger Ergänzung wieder zu gewinnen. Und dem entspricht auch die Art des Defects, den wir in den beiderlei Geschlechtszellen kennen gelernt haben und der in klarster Weise den Character einer Hemmung und nicht einer Erschöpfung trägt.

Von dieser reciproken Specialisirung hebt sich um so bedeutungsvoller ab die völlige Gleichwerthigkeit der Kerne. Eikern und Spermakern, wie sie schliesslich im Eiprotoplasma neben einander liegen, sind in Grösse, Structur und in der Zahl der aus jedem hervorgehenden Kernelemente vollkommen identisch. Offenbar sind in der Structur dieser beiden Kerne die individuellen Eigenschaften der elterlichen Organismen begründet, auf deren Vereinigung es bei dem Vorgang abgesehen ist; und die Thatsachen, die vorhin über die Spaltung und Vertheilung der

Kernelemente bei jeder Zelltheilung besprochen worden sind, lassen verstehen, wie in allen Theilen des neuen Individuums die gleiche Mischung väterlicher und mütterlicher Eigenschaften zur Entfaltung gelangt.

Der Vortragende schloss mit einem kurzen Hinweis auf die Bedeutung der im ganzen Thier- und Pflanzenreich mit so gewaltigem Aufwand realisirten Individuenmischung, die seiner Meinung nach dazu dient, neue Combinationen von Qualitäten hervorzubringen, und damit bei der Umwandlung der Organismenwelt einen der wichtigsten Factoren darstellt. In dem stürmischen Beifall, mit welchem seine Darlegungen aufgenommen wurden, gingen einige Entrüstungsrufe der Damenwelt ebenso spurlos vorüber, wie die Empfindung einiger weniger, dass die moderne Cultur doch leider Gottes darauf ausgeht, alles Individuelle, was die Natur mit so viel Mühe schafft, durch gleichmässigen Drill und byzantinische Lebensgewohnheiten wieder zu vernichten und die Menschen wieder in Nummern ohne individuelle Bedeutung zurückzuverwandeln.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Ueber eine neue Form des Eucain, das *essigsaure Beta-Eucain*, berichtet *Paul Cohn*. Dasselbe besitzt vor dem salzsauren Eucain den Vorzug, dass es sich sehr leicht in Wasser löst, und zwar bis zu 33 Procent; im Uebrigen verhält es sich dem salzsauren Präparate vollkommen analog, giebt z. B. auf Zusatz von Alkali Fällung der freien Base und kann durch Kochen sterilisirt werden, ohne dass Zersetzung eintritt.

In der *Silex*'schen Poliklinik wurde das Medicament versucht an 20 normalen und an 80 irgend welche pathologische Erscheinungen darbietenden Augen, mit besonderer Berücksichtigung seiner Indicationen für den Practiker in der Sprechstunde. Zu den Versuchen wurde eine zweiprocentige wässerige Lösung angewendet, nachdem es sich gezeigt hatte, dass stärkere Concentrationen zwar eine schnellere Wirkung, aber doch unangenehme Reizerscheinungen von Seiten der Conjunctiva zur Folge hatten.

Was die Wirkung des essigsauren Beta-Eucain auf normale Augen anbelangt, so waren die Angaben der Versuchspersonen einander widersprechend; subjectiv gaben die einen — übrigens die Mehrzahl — ein leichtes Brennen nach Einträufelung des ersten Tropfens an, das sich aber meist nicht länger als eine halbe Minute hielt und durchaus nicht als schmerzhaft bezeichnet wurde; andere wieder, zu denen C. selbst gehörte, stellten dieses Brennen in Abrede, empfanden sogar einen Tropfen einer zweiprocentigen Cocainlösung unangenehmer.

Objectiv liess sich in den meisten Fällen einige Secunden nach Installation des ersten Tropfens eine leichte Conjunctivalhyperämie feststellen, also das gerade Gegentheil von der durch Cocaininstallation bewirkten Ischaemie der Conjunctivalgefässe, begleitet von mässiger Thränensecre-

tion; dieselbe liess nach 30—40 Secunden wieder nach. Nach 3 Minuten, in denen 3 Tropfen eingeträufelt wurden, war die Cornealanästhesie eine vollkommene; erst einen Moment später wurde die Conjunctiva anästhetisch. Die erzeugte Anästhesie hielt sich 10—15 Minuten, um dann langsam wieder abzuklingen.

Niemals wurde irgend ein störender Einfluss auf die Pupillenweite — im Gegensatz zu der oft Stunden anhaltenden, practisch recht störenden Cocainmydriasis — beobachtet. Ebenso wenig trat jemals eine Störung der Accommodation auf. Auch die Tension des Bulbus blieb stets unverändert, während bekanntlich oft schon nach wenigen Tropfen Cocain eine deutliche Hypotonie des Bulbus auftritt.

Schädigungen des Hornhautepithels durch Eucain wurden niemals gesehen; hierbei sei allerdings bemerkt, dass man — wie es in *Silex's* Poliklinik üblich ist — auch bei Cocaineinträufelungen derartige Schädigungen leicht vermeiden kann, wenn man die Augen schliessen lässt und die Lider mit einem feuchten Sublimatwattebausch bedeckt

Irgend welche Intoxicationserscheinungen, wie Syncope, Erbrechen etc., traten niemals auf, auch nach recht reichlichen Gaben nicht.

Was nun die pathologischen Fälle betrifft, so wurden von uns nur solche Fälle herangezogen, die in das Gebiet der kleinen Augenchirurgie fallen, d. h. die sich in der Sprechstunde erledigen lassen.

Zehnmal wurden Fremdkörper, meist kleine Eisensplitter, aus der Cornea entfernt. Nach 4—5 Tropfen war die Cornea anaesthetisch genug, um die Entfernung, selbst bei tiefem Sitz des Fremdkörpers, gelingen zu lassen; ebenso gelang es gut, traumatische, nach Entfernung eines Fremdkörpers etc. entstandene kleine Infiltrate mit der Fremdkörpernadel abzukratzen.

Zur galvanocaustischen Betupfung mit der Platinschlinge bei Infiltraten, Hornhautgeschwüren, Erosionen, sowie bei Pterygien, die in der Poliklinik ebenfalls mit bestem Erfolg galvanocaustisch behandelt werden, genügen ebenfalls 4—5 Tropfen, um die kleine Operation zu einer schmerzlosen zu gestalten. Ebensoviel Tropfen genügten zur Tätowirung von Hornhautflecken und Leukomen.

Dieselben Dienste wie das Cocain leistete das Eucain bei Erkrankungen des Thränenapparates, indem das Schlitzen des Canaliculus lacrymalis, das Sondeneinführen resp. Durchspülen nach Instillation von zwei Tropfen fast stets gelang, ohne erhebliche Schmerzen zu verursachen.

Ebenso wenig Tropfen genügten in mehreren Fällen, um einige, zum Theil recht erheblich grosse Granulationsknöpfe, die nach Schieloperationen entstanden waren, schmerzlos zu fassen und mit der Scheere abzutragen. Auf dieselbe Weise wurde ein kleines Papillom, das der Conjunctiva breit aufsass, leicht und glatt entfernt.

Zehn Patienten wurden von ihren Chalazien durch Incision von der Conjunctiva aus, mit nachfolgender Auslöffelung des Inhaltes und Excision eines Stückes aus dem Tarsus, nach Instillation von 3—4 Tropfen Eucain ohne stärkere Schmerzen befreit.

Eine weitere Indication zur Anwendung des Eucain boten die subconjunctivalen Kochsalzinjectionen dar. Dieselben werden in der S.'schen

Poliklinik mit gutem Erfolge gegen Glaskörpertrübungen, Chorioiditis macularis, Ablatio retinae, auch gegen alte Keratitiden und Hornhauttrübungen angewendet in der Form, dass alle 4—5 Tage ½—1 Pravazspritze einer vierprocentigen Lösung injicirt wird. Nach 3 Tropfen Eucain konnte die Injection, speciell das Einstecken der Kanüle, selbst bei Kindern fast immer schmerzlos ausgeführt werden. Unter 40 Injectionen wurde nur zweimal eine starke Schmerzhaftigkeit und Röthung des Bulbus beobachtet, allerdings an solchen Augen, die in Folge von chronischer Entzündung oder Drucksteigerung schon vorher mässig injicirt waren.

Das Gemeinsame der Wirkung des essigsauren Eucain auf alle diese Augen, über die hier kurz berichtet wurde, ist folgendes:

Seine anästhesirende Kraft kommt der des salzsauren Eucain wie der des Cocain gleich.

Irgendwelche Vergiftungserscheinungen wurden auch bei sehr reichlicher Darreichung, die aus äusseren Gründen manchmal erfolgen musste, nicht beobachtet. Ebenso ist dem Eucain ein schädigender Einfluss auf das Cornealepithel abzusprechen.

Accommodationsstörung oder Mydriasis trat niemals auf, ebensowenig irgendwelche Druckschwankung.

Die dem Eucain zweifellos anhaftenden Nachtheile, das von den meisten Patienten angegebene leichte Brennen und Thränen, sowie die geringe Conjunctivalhyperämie fallen diesen Vortheilen gegenüber wenig ins Gewicht; ja, man wird sogar in einzelnen Fällen diese Hyperämie als eine angenehme Nebenwirkung ansprechen, so zum Beispiel bei den subconjunctiavlen Injectionen, bei denen die Spitze der Canüle, die sonst leicht ein Bindehautgefäss trifft und so manchmal recht erhebliche, entstellende, sich nur langsam resorbirende Blutergüsse verursacht, die durch Eucain geschwellten Gefässe um so leichter vermeiden wird.

Ob nicht die Eucainhyperämie auf manche in der Cornea oder Conjunctiva verlaufenden Krankheitsprocesse einen günstigen Einfluss ausübt, ist eine rein theoretische Erwägung.

Die Wirkung der Eucainlösungen war auch nach wiederholtem Sterilisiren durch Aufkochen dieselbe.

Für den vielbeschäftigten Practiker ist es schliesslich noch von Interesse, zu wissen, dass das Eucain noch einmal so billig als das Cocain ist.

Fasst man die Resultate der Beobachtungen zusammen, so ergiebt sich, dass das Beta-Eucain als salzsaures ebensowie als essigsaures Salz für den Practiker ein gutes locales Anästheticum ist, das in vielen Fällen wohl dazu berufen ist, das Cocain in der Sprechstunde zu verdrängen, besonders in solchen Fällen, die in das Gebiet der kleinen Augenchirurgie gehören. Dabei ist zu betonen, dass die Indicationen für die Anwendung von Eucain andere sind, als die für Cocain, indem im Allgemeinen wegen der begleitenden Hyperämie das Eucain in allen den Fällen nicht anzuwenden ist, in denen Theile der vorderen Bulbushälfte an sich schon blutüberfüllt und gereizt sind; in allen anderen Fällen dürfte es wohl geeignet sein, das Cocain zu ersetzen. Da stärkere als zweiprocentige Lösungen einen unangenehmen Reizzustand hervorrufen, musste Verf. es

sich versagen, auf die Wirkungsweise stärkerer Concentrationen näher einzugehen. Zweifellos ist es aber, dass das essigsaure Eucain bei seiner leichten Löslichkeit und Ungiftigkeit auch in stärkerer Concentration auf anderen Gebieten, wie in der Chirurgie, Zahnheilkunde u. s. w., dem Practiker eine willkommene Bereicherung der Materia medica darbieten wird. Diesbezügliche Untersuchungen werden wohl nicht lange auf sich warten lassen. (Die Medicinische Woche, 9. September 1901.)

— *Der Werth des Argentamin für die Behandlung gonorrhoischer Affectionen.* Unter den vielen neuen Silberpräparaten, welche im Laufe der letzteren Jahren zum Zwecke einer Verbesserung der Silbertherapie als Ersatz für das Argentum nitricum in der ärztlichen Praxis Eingang gefunden haben, erscheint das Argentamin vermöge seiner energisch bactericiden und antiparasitären, sowie sonstigen vortheilhaften Eigenschaften besonderer Beachtung werth. *Frieser* in Wien berichtet in sehr günstiger Weise über das Argentamin. Seine Erfahrung über die Wirkung und Eigenschaften des Präparates bezieht sich auf eine ganz ansehnliche Reihe von Fällen, in denen es sich zunächst um acute und chronische Gonorrhoe bei beiden Geschlechtern, sowie um sonstige catarrhalisch-entzündliche, mit Secretion einhergehende Krankheitszustände nichtgonorrhoischer Provenienz handelte. Der dabei beobachtete günstige Einfluss des Argentamin documentirte sich zunächst in der guten entzündungswidrigen, secretionsbeschränkenden und gonococcentödtenden Wirkung, was sowohl aus der Beobachtung des Krankheitsverlaufes, sowie aus den Ergebnissen der bacteriologischen Untersuchung in ganz unzweideutiger Weise hervorging.

Vom Silbernitrat besitzt das Argentamin den entschiedenen Vorzug einer energischeren antibacteriellen und einer weit besseren Tiefenwirkung, wobei überdies bei entsprechender Anwendungsweise und Concentration meist keinerlei, nur selten eine kaum nennenswerthe Reizwirkung beobachtet werden kann. Nach dem heutigen Stande des pathologischen Wissens in Bezug auf den gonorrhoischen Krankheitsprocess, müssen bei Beurtheilung des Werthes eines für eine rationelle Behandlung der Gonorrhoe in Betracht kommenden Mittels hauptsächlich drei Momente in Berücksichtigung gezogen werden: 1. Eine verlässliche, gonococcentödtende Wirkung. 2. Möglichste Unschädlichkeit und Reizlosigkeit, und 3. eine entsprechende Einwirkung in die Tiefe der Gewebe. Ein Medicament, welches allen diesen Postulaten ganz und nach jeder Richtung entsprechen würde, besitzen wir zur Zeit nicht, und sind wir insbesondere mit Bezug auf den letzterwähnten Umstand von einer idealen Therapie der hier in Betracht kommenden Krankheitsprocesse noch etwas entfernt. Vor der Hand müssen wir es als eine besondere Errungenschaft ansehen, wenn wir in den Besitz eines Arzneistoffes gelangt sind, mit dem wir diesen Zielen um ein gutes Stück näher gerückt sind. Ein solches ist das Argentamin, dessen gute Tiefenwirkung durch eingehende Versuche, allerdings am todten Gewebe, sicher bewiesen wurde, und dessen gute, entzündungswidrigen, secretionseinschränkenden und bactericiden Eigenschaften in einer Reihe von Versuchen in zweifelloser Weise erkannt

wurden. Das Argentamin entspricht *Frieser's* Beobachtung nach den obenerwähnten Postulaten in ganz befriedigendem Maasse, ein Umstand, der bei der Mangelhaftigkeit der bisher bekannt gewordenen Silberverbindungen nur mit Freude zu begrüssen ist.

Argentamin ist seiner chemischen Constitution nach eine Aethylendiaminsilbernitratlösung, eine klare, farblose, im Wasser leicht lösliche Flüssigkeit von alkalischer Reaction. 100 Theile Argentamin enthalten 10 Theile Argentum nitricum und 10 Theile Aethylendiamin. Es entsprechen also 10 Theile der käuflichen Argentaminlösung einem Theil festen Argentum nitricum. Will man also Argentamin und Argentum nitricum in vergleichende Beziehungen hinsichtlich des Silbergehaltes setzen, d. h. will man von beiden Präparaten Lösungen mit gleichem Procentgehalt an Silbernitrat herstellen, so ist von dem Argentamin des Handels immer die zehnfache Menge von dem zu nehmen, was an Argentum nitricum erforderlich sein würde.

Bei gleichem Gehalt an salpetersaurem Silber übertrifft jedoch das Argentamin nach Maassgabe bisheriger Beobachtung das Argentum nitricum entschieden an antiparasitärer Wirkung, was vornehmlich bei gewissen Haut- und Schleimhauterkrankungen sehr in Frage kommt, es entbehrt überdies auch jeder namhaften Aetz- und Reizwirkung und bringt im Gegensatze zum Silbernitrat eine ganz entsprechende Tiefenwirkung in den Geweben, mit denen es in Contact kommt, zur Geltung. Das Argentamin wird nicht, wie dies beim Silbernitrat der Fall ist, unter der Einwirkung der Gewebssäfte gefällt, weil das in demselben enthaltene Aethylendiamin sowohl Chlorsilber als auch Eiweiss zu lösen vermag.

Durch die günstig lautenden Mittheilungen angeregt — die Literatur über das Argentamin ist bisher zu einem ziemlichen Umfange angewachsen — hat *Frieser* das Präparat in einer grösseren Anzahl von Fällen (36) versuchsweise in Anwendung gebracht und hatte dabei hinreichend Gelegenheit, dasselbe auf seinen reellen Werth zu prüfen. Es zeigte sich oft in ganz unanfechtbarer Weise, dass das Mittel einen überaus günstigen Einfluss auf gonorrhoische Processe, sowie sonstige entzündliche und catarrhalische Vorgänge in den Urogenitalwegen auszuüben vermag und nicht selten eine ganz augenscheinliche Wirkung sowohl auf den Krankheitserreger als auf den Krankheitsprocess selbst zur Geltung bringt. Das Argentamin entspricht dem gesammten Indicationsgebiete des Argentum nitricum und ist als ein ausgezeichnetes Ersatzmittel für letzteres anzusehen, bei dem die dem Silbernitrat anhaftenden Nachtheile beseitigt erscheinen. (Wien. Aerzt. Central-Ztg., 1901, No. 24.)

— Nach den Erfahrungen von *Bolognesi* ist *Citrophen* ein ausgezeichnetes Analgeticum bei verschiedenartigen Neuralgien (Trigeminusneuralgie, Migräne, Ischias etc.) und erzeugt bei solchen Zuständen keinerlei unangenehme Nebenerscheinungen. Bei Fieberkranken dagegen, insbesondere bei Phthisikern, sind die mit der Temperaturerniedrigung einhergehenden starken Schweisse als eine unangenehme Nebenwirkung anzusehen. Beim Keuchhusten mildert Citrophen zwar die durch die heftigen Hustenanfälle hervorgerufenen Kopfschmerzen, hat aber keine

Wirkung auf die Häufigkeit und Intensität der Keuchhustenanfälle. (Bull. génér. de thérap. 1901, 8. April, ref. in Centralbl. für innere Med., 1901., No. 42.) Dagegen weiss *Feuchtwagner* in Frankfurt a. M. (Der Kinderarzt, August 1900) nur Gutes über die Wirkung des Citrophens bei Keuchhusten zu berichten, wie dasselbe gegen diese Erkrankung schon seinerzeit von *Tittel* von der Abtheilung *Frühwald's* in Wien empfohlen worden war. Die Dosirung betrug bei Säuglingen 0,1, bei ein- bis dreijährigen Kindern 0,15—0,3 und bei älteren Kindern 0,4—0,5 dreimal täglich.

Stoschich hat bei verschiedenen Indicationen das *Citrophen* in seiner Praxis angewandt und kommt zu dem Endresultate, dass dieses Präparat geradezu ein specifisches Antipyreticum, Antineuralgicum und Nervinum zu nennen ist, und sich durch seine ebenso zuverlässige als unschädliche Einwirkung auf den Organismus auszeichnet. Ausserdem hat sich das Citrophen bei Erwachsenen und bei Kindern als vortreffliches Antifebrile und Pertussicum bewährt; es wird von Kindern recht gern genommen und verdient als schätzenswerthes Mittel in die Kinderpraxis aufgenommen zu werden. Als besonderes Characteristicum des Citrophens muss hervorgehoben werden, dass dasselbe selbst bei intensivsten Herzaffectionen und bei den schwächsten Personen absolut keine Nebenwirkungen hervorrief, ja sich in allen Fällen als vollständig inoffensiv erwies. Bei Erwachsenen verordnete St. dasselbe fast stets in Grammdosen 2—3 pro die, und erzielte mit diesen Gaben grösstentheils eine äusserst prompte (in leichteren Fällen bereits nach 24—36 Stunden) Wirkung. St. verwandte das Mittel bei Gelenkrheumatismus, multipler chronischer Neuritis, Influenza complicirt mit Pleuritis, hochgradiger Hysterie und Hemicranie. (Deutsche Medicinal-Zeitung, 1900, No. 54, ref. Allgem. Wien. Med. Ztg., 1900, No. 38.)

Kleine Mittheilungen.

— Am 25. October veranstaltete die Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York ein *Bankett zu Ehren Prof. Waldeyer's* aus Berlin, bei welcher Gelegenheit demselben das Diplom als Ehrenmitglied der Gesellschaft überreicht wurde. Der Bericht über die Festlichkeit findet sich an anderer Stelle dieser Nummer. Die würdige Feier fand auch in den meisten hiesigen medicinischen Journalen gebührende Erwähnung, wobei leider den *Medical News* das Missgeschick passirte, den als Vertreter der nichtmedicinischen Presse geladenen Herrn *von Skal* als Präsidenten der Deutschen Medicinischen Gesellschaft den Vorsitz beim Bankett führen zu lassen, während sie dem Präsidenten der Gesellschaft, Dr. *Geo. W. Jacoby*, die Rolle des „Toastmasters" zutheilten.

— Das Centralcomité des *XIV. internationalen Congresses*, der in den Tagen vom 23.—30. April 1903 in Madrid abgehalten werden wird, theilt uns mit, dass auf Wunsch verschiedener spanischer und auch ausländi-

scher Oto-Laryngologen beschlossen wurde, die Section II (Section für Otologie, Rhinologie und Laryngologie) in zwei Abtheilungen zu theilen, Section IIa für Otologie und Section IIb für Rhino-Laryngologie. Diese beiden Sectionen werden von einander unabhängig sein und jede derselben erhält ihren besonderen Präsidenten und Secretär, denen die Organisation der betr. Section obliegt. Die XVI. Section (Gerichtliche Medicin) wird den Namen „Gerichtliche Medicin und Toxicologie" führen.

— Der I. *panhellenische medicinische Congress,* der in den Tagen vom 19. mit 24. Mai ds. Jhrs. in Athen abgehalten wurde und den Zweck verfolgte, die einheimischen und in der Fremde weilenden grjechischen Aerzte zum ersten Male in einer wissenschaftlichen Versammlung zu vereinigen, hat ein überaus günstiges Resultat ergeben.[1] Wiewohl die Zeit zur Vorbereitung des Congresses eine nur kurze war, so war doch Dank der Mühewaltung des Organisations-Comités der Besuch ein sehr zahlreicher und der Erfolg ein vollkommener. Nicht weniger als 537 griechische Aerzte haben der an sie ergangenen Einladung Folge geleistet, darunter viele, die sich eines sehr geachteten wissenschaftlichen Namens erfreuen. Mehr als 275 Arbeiten und Vorträge wurden beim Comité angemeldet. Die Congresse der hellenischen Aerzte sollen nun nach dem grossen Erfolge des ersten Congresses in regelmässig wiederkehrenden Zeiträumen stattfinden, um die griechische Medicin theilweise von der bisherigen Subordination unter jene des Auslandes zu emancipiren und ihrerseits zum Ausbau der medicinischen Errungenschaften ihren Antheil beitragen. Aus allen Theilen Griechenlands, der Türkei, Egypten, Kleinasien, Russland und auch aus dem Westen Europas waren Theilnehmer zum Congresse erschienen, von Wien Dr. *D. Galatti.* Der Eröffnungssitzung wohnten der griechische Ministerpräsident und der Unterrichtsminister bei. Unter den Erschienenen befanden sich auch drei griechische Aerztinnen, *Marie Kalopothaki, Voulala* und *Marie Antoniadou.* (Allg. Wien. med. Ztg., 1901, No. 38.)

— Als *Neuheit auf dem Gebiete der medicinischen Journalistik* können wir unseren Lesern mittheilen, dass soeben hier in New York ein neues medicinisches Journal in englischer Sprache in das Leben gerufen wurde; den Namen desselben müssen wir leider, um keine unverdiente Reclame dafür zu machen, verschweigen. Das Blatt erscheint monatlich und offerirt den etwaigen Abonnenten ausser den monatlichen Nummern einen je nach Belieben ganz- oder halbjährig zu liefernden Index medicus (gebunden), sowie als Hauptattraction eine Unfallsversicherungspolice, gültig für die Dauer eines Jahres, im Werthe von $1000 im Todesfalle und $5.00 wöchentliche Krankenentschädigung — Alles zusammen für einen Dollar pro Jahr. Dass einige wenige medicinische Journale hier zu Lande, um Abonnenten zu fangen, jährliche Prämien, bestehend in Büchern, Füllfedern etc. offeriren, ist ja nichts Neues, die Idee, es mit einer Unfallversicherung zu probiren, war unseres Wissens noch nicht da. What next? Vielleicht Pianos oder Bauplätze. Welch tief gefühltes Bedürfniss muss es gewesen sein, dem zu begegnen das neue Journal gegründet wurde! Wie die soeben herausgegebene erste Nummer des Journals ersehen

lässt, ist die ganze Anlage desselben eine wahrhaft grossartige zu nennen. An der Spitze steht ein Redacteur, dem 23 Hülfsredacteure beigegeben sind, von welchen wieder 6 ihre besonderen Assistenten haben. Um die Subscription für europäische Aerzte zu erleichtern, sind auf der ersten Seite die Abonnementspreise für die verschiedenen Länder angegeben, so z. B. für Frankreich 8 Francs, für Deutschland 7 Mark, warum aber Deutschland 60 Pfennige mehr bezahlen muss, wie Frankreich, ist nicht ersichtlich, ausserdem ist noch an erster Stelle die *Cabeladresse* des Redacteurs zu erblicken. Das sonstige Programm soll hier nicht weiter berührt werden, der in die richtige Beleuchtung gerückte geschäftliche Theil möge zur Orientirung genügen.

— Die auf der Naturforscherversammlung in Hamburg gegründete *Deutsche Gesellschaft für Geschichte der Medicin und der Naturwissenschaften*, welcher sofort 60 Mitglieder aus Deutschland, Oesterreich-Ungarn und der Schweiz beigetreten sind, hat den Jahresbeitrag mit 10 Mark und als einmalige Einkaufssumme (statt des jährlichen Beitrages) den Betrag von 150 Mark bestimmt. Die Gesellschaft hat zunächst ein fortlaufendes Referat über alle Veröffentlichungen zur Geschichte der reinen und angewandten Naturwissenschaften und der Medicin in Angriff genommen. Das erste Heft dieses periodischen Organs soll zu Beginn des Jahres 1902 erscheinen. — Mitglieder des Vorstandes sind: Prof. Dr. *Georg Kahlbaum* in Basel, Docent Dr. *Max Neuburger* in Wien, Dr. *H. A. Peypers* in Amsterdam, San.-R. Dr. *Karl Sudhoff* in Hochdahl bei Düsseldorf, Dr. *Emil Wohlwill* in Hamburg.

— Im Kunstverlage *Rud. Schuster* (Berlin) ist ein vortreffliches Bild von Prof. Dr. *Rudolf Virchow* in Kupferätzung nach einer photographischen Aufnahme (Bildgrösse 32:24) erschienen, das den 80jährigen Jubilar bei der Betrachtung eines wissenschaftlichen Präparates zeigt. Wir machen alle Mediciner, namentlich den grossen Kreis seiner ehemaligen Schüler, darauf aufmerksam. Das Blatt trägt das Facsimile des berühmten Gelehrten, kostet 6 Mark und kann durch jede Buch- und Kunsthandlung oder direct bezogen werden. (Wien. Med. Wochenschr., 1901, No. 43.)

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XIII. New York, November 1901. No. 11.

Zur Behandlung tuberkulöser Halsdrüsen.

Von Dr. Carl Beck, New York.

Seitdem der unsterbliche Genius eines *Robert Koch* das Dunkel, welches die Aetiologie der allerhäufigsten und wichtigsten Krankheit umschwebte, mit einem Schlage lichtete, hat man nicht mehr aufgehört, den Bedingungen nachzuspüren, welche der Bekämpfung der grössten Geissel der Menschheit dienstbar gemacht werden können. Der inneren Medicin gebührt der Löwenantheil an dem Erfolge der dahinzielenden Bestrebungen, aber die Chirurgie hat sich auch keineswegs auf das Zuschauen beschränkt und mancher klassische Beitrag zum besseren Verständniss der Tuberkulose ist aus dem Milieu des Operationssaales in die Literatur gewandert.

Vor allem war es das Studium tuberkulöser Drüsen und Gelenke, welche den Chirurgen ein reiches Feld für die Erprobung therapeutischer Maassnahmen eröffneten. Sobald man erst eingesehen hatte, dass, was man Scrophulose nannte, zumeist eine durch die Einschleppung des Tuberkelbacillus bedingte Lokalinfection war, die man gerade so wie alle anderen malignen Neoplasmen so früh als möglich entfernen musste, wurde die Zahl der Allgemeininfectionen immer geringer.

Wenn, wie von einer Anzahl von Praktikern angestrebt wird, die höchst sonderbare Bezeichnung Scrophulose (von Scrofa, Mutterschwein) durchaus für die Nachwelt gerettet werden soll, dann darf man höchstens von einer scrophulösen Diathese sprechen, wie man sie besonders bei anämischen, unter schlechten Ernährungsverhältnissen stehenden Kindern trifft, welche der Entwickelung des Tuberkelbacillus den idealen Nährboden bieten. Diese Entwickelung tritt besonders am Halse nach leichtem peri-

pherem Reiz (Trauma, Tonsillitis, Periostitis alveolaris u. dgl.) ein.

Dass es eine derartige ausgesprochene Diathese giebt kann keinem Zweifel unterliegen. Wir wissen, dass die Disposition zu gewissen Krankheiten, in anderen Worten die Reactionsfähigkeit gegenüber toxischen Einflüssen, bei verschiedenen Individuen hochgradig verschieden ist. Wer die Disposition zu diesem klinisch festgehaltenen Imponderabilium ererbte, braucht desshalb, selbst wenn ihm Tuberkelbacillen zugeschleppt wurden, nicht gleich tuberculös zu werden, aber er wird sich mehr als ein besser organisirtes Individuum vor dem Bacillus in Acht zu nehmen haben. Er wird in der Umgebung achtloser tuberculöser Patienten durch deren Sputa viel eher inficirt als ein mit resistenterer Constitution seiner Zellen begabter Organismus. Ein ähnlich günstiger Nährboden für die Entwickelung des Bacillus schafft die Erkrankung an gewissen acuten Infectionen, wie Influenza, Morbillen, Tussis convulsiva, ferner die meisten chronischen Erkrankungen des Stoffwechsels.

Man denkt dabei an den Unterschied zwischen grünem und dürrem Holz, welch letzteres bei der geringsten Gelegenheit Feuer fängt, während das erstere nur nach einem langsamen Austrocknungsprocess brennfähig gemacht wird. Und dennoch ist das Holz von gleichem Stamme und die verzehrende Kraft dieselbe.

Die Entwickelung der Tuberculose bei Kindern tuberculöser Eltern lässt sich also ganz gut durch die Uebertragbarkeit der Disposition erklären.

Die directe Uebertragung des Bacillus von den Eltern soll ja desshalb nicht geleugnet werden, sie kommt aber praktisch kaum in Frage.

Die Einschleppung des Tuberkelbacillus in die Gewebe geschieht fast stets von der Lymphe aus, wobei seine Eingangspforte völlig unberührt bleiben mag. Die erste Etappe bilden dann die Lymphdrüsen. Die Ansiedelung der Bacillen findet bald ihren klinischen Ausdruck in der entzündlichen Schwellung des Drüsengewebes. Die Zahl der Leucocyten wird erheblich durch die vermehrte Bildung von Lymphzellen und durch die beträchtliche Einwanderung farbloser Blutkörper aus den Gefässen gesteigert. Später beginnt in den entzündeten Drüsentheilen der Zerfall in Verkäsung und eventuell in Verkalkung.

Bei mässigem Entzündungsgrad beobachtet man eine langsam sich entwickelnde Bildung epitheloider Zellen. Dieselben formiren kleinere Herde von Knötchenform und fliessen im Lauf der Zeit zusammen, wodurch das lymphadenoide Gewebe allmählig auf Kosten der Bildung von grossen rundlichen und sternförmigen Zellen verdrängt wird. Die klinische Beobachtung erkennt diese grosszellige Hyperplasie als mehr oder minder bedeutende Grössenzunahme der Lymphdrüse.

Im allgemeinen bestehen solche Hyperplasien Jahre lang bevor sie schwere Folgeerscheinungen hervorrufen. Manche besonders renitent veranlagte Patienten tragen dieselben eine Dekade lang ungestraft mit sich herum und blicken verächtlich auf den zur Exstirpation rathenden Chirurgen, gerade wie der Herbergsvater eines chronisch entzündeten Wurmfortsatzes nach der so und so oft wiedergekehrten und anscheinend folgenlos verlaufenen acuten Attacke. Eines Tages jedoch dehnt sich die Infection auf die Nachbargewebe aus, es kommt zu einer käsig-eitrigen Entzündung der Drüsenkapsel. Perforation in anstossende Hohlorgane wie Bronchien, Oesophagus, oder Darm, oder in eine adhaerirende Vene können dann solchen Verächtern gutgemeinter ärztlicher Rathschläge ein jähes Ende bereiten.

Häufig tritt in diesem Stadium Allgemeininfection auf, welche dann der Behandlung nicht mehr zugänglich ist. Das wunderbare Heilbestreben der Natur ist nicht selten erfolgreich in der Bildung eines Bollwerkes, welches das directe Product der sich in ihrer eigenen Leistung erschöpfenden peripheren Entzündung darstellt. Die Drüsenkapsel wird dann der Art verdickt, dass der tuberculöse Heerd so fest eingeschlossen ist, dass er dann die Rolle eines eingekapselten Fremdkörpers spielt, welcher zuletzt nur noch einen unschädlichen Rest von Kalksalzen darstellt.

Macroscopisch gleicht die durch Einschleppung des Tuberkelbacillus bedingte Drüsenschwellung dem einfachen hyperplastischen Lymphom. Der Durchschnitt einer solchen Drüse erscheint gleichmässig blassgrau und ist von weisslichen und röthlichen Stellen durchsetzt. Mit dem fortschreitenden Gewebszerfall ändert sich natürlich das Aussehen. An die zarten, beinahe durchscheinenden Stellen treten derbe und undurchsichtige Massen, welche von weisslichen und gelblichen Punkten durchsetzt sind. Die Gewebe verkäsen, und die Circulation hört auf.

Nun erweicht die degenerirte Masse und es bildet sich ein käsiger Abscess. Perforirt derselbe nach aussen, so entwickelt sich das so häufig beobachtete Bild des tuberculösen Geschwüres mit seinen Fisteln und Buchten.

Wir können aus diesen kurzen Anhaltspunkten entnehmen, dass die Differentialdiagnose zwischen tuberculösen Drüsen und einfachen Lymphomen namentlich im Anfangsstadium nicht immer leicht ist. Der Nachweis des Tuberkelbacillus wäre naheliegender Weise die einfachste Methode in's Klare zu kommen. Aber das verursacht im Frühstadium technische Schwierigkeiten, und später nimmt der Bacillus an dem allgemeinen Absterben der Gewebe Theil und todte Bacillenleiber sind nicht lange nachweisbar. Die klassische Schilderung, wie sie uns *Virchow* ursprünglich gab, characterisirt den Tuberkelknoten selbst so genau, dass man auch ohne den Bacillus zu finden, die microscopische Diagnose machen kann.

Macroscopisch beobachtet man die langsame Entstehung der Drüsenschwellungen, welche erst beweglich sind. Später, wenn unter fortschreitender Degeneration im Drüseninnern die Kapsel der Sitz adhäsiver Entzündungsprocesse wird, treten feste Verwachsungen mit den Nachbargeweben auf. Es kommt dann, wie schon angedeutet, zuletzt zur Abscessbildung mit Unterminirung der Haut und Fistelbildung. Freilich entdeckt man auch nach der Exstirpation von Drüsengeschwülsten, welche man vor der Operation für einfache Lymphome gehalten hatte, zuweilen miliare Knoten; eine Erfahrung, welche zu grosser Vorsicht bezüglich der Prognose auffordert.

Es liegt an der Natur dieser Betrachtungen, dass sich aus derselben die Indication einer möglichst frühzeitigen und radicalen Therapie ergiebt. Wenn der Tuberkelbacillus die Schuld an der Infection trägt, so handelt es sich selbstverständlich darum, ihn zu vernichten. Aber eines ist der Bacillus, ein anderes der Tuberkelknoten. Gerade wie die Extraction der Kugel die Erzeugung des Schusscanals nicht mehr ungeschehen machen kann, so kann auch die Ausschaltung des Tuberkelbacillus die Gewebsveränderung nicht mehr ungeschehen machen. Dieselbe ist, selbst wenn sie nicht mehr den Bacillus enthält, ein gefährliches Medium, indem sie nicht blos einen erneuten Nährboden für den Tuberkelbacillus schafft, sondern sie schädigt den Organismus auch, sobald es zur Vereiterung kommt, durch die Aufnahme von

septischen Zerfallsproducten. Die veränderten Gewebe müssen demgemein unbedingt eliminirt werden. Es liegt am Nächsten diese Elimination durch das chirurgische Messer bewerkstelligt zu sehen.

Diese Frage ist in praxi jedoch nicht so einfach zu lösen als es auf den ersten Blick scheint.

Zunächst ist zu bedenken, dass es sich bei verkästen und vereiterten Drüsen um Verwachsungen handelt, welche die einfache Ausschälung unmöglich machen. Während im Frühstadium, gerade wie bei einfachen Lymphomen, die Tumoren sogar dem heraushebelnden Druck des Skalpellstieles oder einer *Cooper*'schen Scheere gehorchen, können ältere Heerde nur durch rücksichtslose Durchtrennung der Gewebe entfernt werden. Verwachsungen mit der Jugularvene gehören durchaus nicht zu den Seltenheiten und ihre Verletzung passirt dem vorsichtigsten Operateur gelegentlich solcher Exstirpationen. Tödtliche Verletzung der Carotis ist ebenfalls berichtet worden. Dagegen ist die Gefahr der Sepsis nur gering und wird sie ein geschulter Aseptiker kaum mehr in Rechnung ziehen.

Ein noch bedeutungsvolleres und meines Erachtens nicht genügend gewürdigtes Moment dieser Frage ist jedoch die Unmöglichkeit der totalen Entfernung sämmtlicher tuberculöser Gewebe. Und nur diese würde eine radicale Heilung gewährleisten.

Nie ist mir die Ohnmacht unserer radicalen Bestrebungen so augenscheinlich vor die Seele getreten, als nachdem es mir nach „ausgedehnter" Exstirpation mehrerer Halsdrüsenketten gelungen war, ein Röntgenbild des Halses darzustellen, welches mich 32 mehr oder minder kleiner Drüsen erkennen liess, die meiner Aufmerksamkeit während der Operation entgangen waren. Ich konnte mich nicht etwa damit entschuldigen, dass die Drüsen seit der Operation wieder gewachsen wären, denn die Aufnahme hatte schon eine Woche nach meiner Operation stattgefunden.

Es handelte sich in diesem Fall um eine 28jährige Frau, deren tuberculöse Halsdrüsen im Lauf der letzten neun Jahre wiederholt exstirpirt worden waren. Das letzte Recidiv zeigte eine Anzahl mässig grosser zusammenhängender Drüsen, welche mit ihren Kapseln zumeist verwachsen waren und deren Inhalt aus

verkästem Eiter, welchem Kalkmassen beigemischt waren, bestand.

Im Hinblick auf die Krankengeschichte drängt sich die Nothwendigkeit einer besonders sorgfältigen Entfernung alles verdächtigen Gewebes von selbst auf. Ich hatte desshalb gleich von vornherein, um ein weites Feld zu gewinnen, den Sternocleidomastoideus quer durchtrennt. Die oberflächliche Drüsenkette war leicht zu entfernen, in der Tiefe aber war es schwer, die vielen kleinen Drüsenklümpchen zu entdecken und zu entfernen.

Nun hatte ich freilich gehofft, dass ich wenigstens sämmtliche kalkhaltige Drüsen entfernt und höchstens einige kleine noch nicht entartete Drüsen übersehen hätte. Aber das Röntgenbild war unhöflich genug, mir den Spiegel meines Irrthums vorzuhalten. Und dabei ist zu bedenken, dass sich auf demselben nur die kalkhaltigen oder sehr verdickten, aber nicht die frischen Drüsen zeigen.

Es ergeben sich also ähnliche Gesichtspunkte wie beim Carcinom. Aus der Thatsache, dass *Heidenhain* beim Mammacarcinom das Vorhandensein von Krebszellen unterhalb der Fascie nachwies, zogen die Chirurgen die practische Nothwendigkeit den M. pectoralis major oder doch mindestens seine oberste Schicht zu entfernen, da sie von der Entfernung der macroscopisch sichtbaren Krebspartien allein keine Heilung erwarteten.

Sind die Krebszellen soweit vorgedrungen, dass sie dem Messer nicht mehr zugänglich sind, so haben wir ein baldiges Recidiv zu fürchten. Wenn wir nun ein Mittel besitzen, welches nach ausgedehnter Exstirpation die tiefen Gewebsschichten durchdringend noch diese ausserhalb des Messers ansässigen Krebszellen erreicht und womöglich zerstört oder ihr Wachsthum hindert, dann würden wir der Indicatio morbi absolut entsprechen. Und wenn der parasitäre Character des Carcinoms sich beweisen liesse, so wäre die Wirkung eines derart antiparasitären Mediums, wie es die Röntgenstrahlen bis zu einem gewissen Grade sind, sehr verständlich. Eine Bestrahlung mittelst Röntgenlicht nach erfolgter Exstirpation würde also in Erwägung zu ziehen sein. Bei den tuberculösen Halsdrüsen wäre eine ähnliche Wirkung nicht ausgeschlossen, es stellen sich jedoch der practischen Ausführung gerade hier technische Schwierigkeiten entgegen. Wenn wir also, wie es das Röntgenbild zu beweisen berufen war, selbst bei sorgfältigster Exstirpation die erkrankte Körperregion nicht

„infectionsrein" machen können, so müssen wir nach weiteren Mitteln zur Erreichung unseres Desideratums suchen. Dieselbe ist meines Erachtens auf indirectem Wege, namentlich durch die Jodoformnachbehandlung, zu erzielen. Im Juni 1893 hob ich in dieser Monatsschrift die Erfolge der Jodoformbehandlung bei Halsdrüsen hervor, und die Erfahrungen, welche sich seit dieser Zeit an einem reichen Klinikmaterial erproben liessen, bestätigten dieselben im Grossen und Ganzen.

Das Jodoform ist ein ideales Antisepticum, und so oft man auch versucht hat, es von seinem Piedestal herunterzureissen, wusste es doch bis jetzt seine sieghafte Stellung zu bewahren. Thatsächlich ist ihm noch kein Aequivalent erstanden. Wir liessen uns auch nicht irre machen, als die bekannten Versuche von *Kronacher, Fleiyn, Rovsing, Tilanus* und Anderen bewiesen, dass Streptococcen, welche man auf Jodoformpulver losgelassen hatte, sich lustig darin weiter vermehrten. Diese Thatsache soll durchaus nicht geleugnet werden, was aber für den todten Nährboden gilt, lässt sich keineswegs auf biologische Vorgänge übertragen. *Behring* und *de Ruyter* zeigten bald darauf, dass die klinische Beobachtung, wie gewöhnlich, Recht behielt. Man hatte also das Wesen der Jodoformwirkung nicht recht verstanden, welche sozusagen nur im lebendigen Wundgewebe zur Geltung kommt. Das Jodoform geht mit den Toxinen gewisser Bacterienarten Verbindungen ein, welche dieselben unschädlich gestalten. Zugleich ist nach den Experimenten von *Binz* dieser chemische Vorgang mit der Zersetzung des Jodoforms verbunden, wobei Jod frei wird.

Wir sehen daraus, dass Jodoform kein actives Antisepticum ist wie das Sublimat z. B. (Vergl. mein Handbuch über Chirurgische Asepsis, Saunders & Co. 1895.) Es ist ja auch demgemäss keinem Chirurgen je der Gedanke gekommen, das Jodoform zur prophylactischen Desinfection der Haut zu empfehlen, wie das letztere.

Der Reiz, den das Jodoform auf Tuberkelbacillen ausübt, ist nicht genau präcisirt, dass es aber einen solchen ausübt wird wohl kaum Jemand zu leugnen wagen. Eine directe Abtödtung des Bacillus kann kaum angenommen werden. *Stubenrauch* fand bei einem Abscess, welcher nur zwei Mal mittelst Jodoformeinspritzung behandelt worden war, und dessen Wände dann excidirt wurden, eine bedeutende Verkleinerung. Es wurden

zwar noch virulente Bacillen gefunden, zugleich aber auch die Anzeichen beginnender Heilung.

Vor Jahren hatte ich ebenfalls Gelegenheit, auf den unleugbaren Einfluss der Jodoformglycerinbehandlung bei tuberculösen Gelenken hinzuweisen. Thatsächlich erinnere ich mich z. B. nicht, einen einzigen Misserfolg bei unseren Fällen von Kniegelenkstuberculose beobachtet zu haben, wenn dieselben in einem verhältnissmässig frühen Stadium in die Behandlung traten. Hatten sich freilich schon Fisteln gebildet, waren also neben dem Tuberkelbacillus noch andere toxische Einflüsse in Betracht zu ziehen, so wurde von vornherein von der Injectionsbehandlung abgesehen und die Arthrotomie nach dem Muster eines Probeschnittes vorgenommen. Was sich dann als erkrankt erwies, wurde beseitigt und oft ein gut functionirendes Gelenk erzielt. Nach Analogie dieser Behandlungsweise injicirte ich das Jodoform bei beginnender Tuberkulose der Halsdrüsen. Waren die Drüsen hart und von mässiger Grösse, so wählte ich den Jodoformäther (10 Procent), da derselbe sich schon mittelst einer Pravaz'schen Spritze einverleiben liess. Wenn bei grösseren Tumoren die Operation verweigert wurde, kam Jodoformglycerin (10 Procent) in Anwendung. Man bedarf bei der Emulsion einer grossen Stempelspritze mit starkem Nadelkaliber, da die dicke Flüssigkeit sich sonst nicht gut durchtreiben lässt. In solchen Fällen wird die Injection einer ¼—½ Unze Flüssigkeit alle 4 Tage wiederholt, falls keine Reaction eintritt. Im Allgemeinen jedoch rathe ich zu folgender Vorschrift: Wo immer ein Verdacht auf tuberculöse Drüsen besteht, wird die Exstirpation vorgenommen. Wenn die Drüsen nicht vereitert sind, wird die Wunde in toto vereinigt. Wenn im Drüseninnern eine Vereiterung vor sich geht, so ist die prima intentio ebenfalls anzustreben, falls es gelingt, die Drüse zu entfernen, ohne dass ihr Inhalt mit der Wunde in Berührung trat. Bei ausgedehnterer Vereiterung, und besonders wo eine Beschmutzung der Wunde nicht zu umgehen ist, wird nur theilweise vereinigt und die Jodoformgazetamponade gewählt. Oft sieht man dann die Wundränder bald mit einer Lage grauer Granulationen bedeckt, welche man mittelst des scharfen Löffels wegräumt. Die Wunde wird dann mit 8 proc. Chlorzinklösung betupft, ein neuer Jodoformtampon eingeführt und der dasselbe deckende Gazeband beständig mit einer starken Sublimatlösung feucht erhalten. Die Auskratzung muss manchmal

öfters wiederholt werden. Nach erfolgter Heilung wird dann einmal wöchentlich eine halbe (bei Kindern eine Sechstel bis Viertel) Unze der Jodoformglycerinemulsion unter den hinteren Rand des Sternocleidomastoideus langsam injicirt. Die Einstichstelle wird erst nach gründlicher Desinfection mit Jodtinktur bepinselt und nach erfolgter Einspritzung mit Jodoformcollodium bestrichen. Diese Gegend wird gewählt, da sie am wenigsten mit den grossen Blutgefässen in Conflict kommt. Tritt Schwellung der Injectionsstelle ein, so sind die Einspritzungen auf mehrere Wochen hinaus zu unterlassen.

Ernste Folgen habe ich bei diesem Verfahren bisher nicht beobachtet. Einen gleichgültigen Eingriff stellt es jedenfalls nicht dar. Eine schwere Jodoformvergiftung habe ich zwar überhaupt noch nicht zu sehen bekommen, dagegen beobachtete ich sehr häufig ausgedehnte und recht schmerzhafte Eczeme. Bei vielen unserer Patienten liess sich das Jodoform sowohl im Urin, als im Speichel schon wenige Stunden nach der Injection nachweisen, ein Beweis, dass es von den angrenzenden Geweben rasch aufgesogen wurde.

Als Constituens ziehe ich das Glycerin dem Oel vor, da es einen Reizzustand creirt, welcher besonders bei der Tuberkulosebehandlung von Nutzen ist (ähnlich wie die Tuberkulinreaction).

Bezüglich der Symptome der Glycerinintoxication verweise ich ebenfalls auf mein Handbuch der chirurgischen Asepsis. Sie ereignet sich besonders leicht bei Kindern und äussert sich in einer leichten Erhebung der Temperatur und einer Beschleunigung des Pulses. Stets findet man dann Blutkörperchen im Urin, manchmal auch Cylinder. Man soll desshalb nie mehr als eine dreiviertel Unze Glycerin auf ein mal injiciren.

Die innere Behandlung darf dabei nicht vernachlässigt werden. Ich pflege das Guajacolcarbonat oder das Guajaquin viele Monate lang zu verabreichen. Im Winter wird ausserdem Leberthran verordnet. Viel Fleisch und Milch. Seesalzbäder, viel frische Luft, und womöglich Sport (Gymnastik, Turnen, Radfahren) unterstützen die Cur.

Referate und Kritiken.

Handbuch der practischen Medicin. Unter der Redaction von Dr. *W. Ebstein* und Dr. *J. Schwalbe*, herausgegeben von *W. Ebstein*. Fünf Bände. Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart.

Das Handbuch der practischen Medicin, über dessen Erscheinen in einzelnen Lieferungen wir unseren Lesern bereits im August 1898 berichten konnten, liegt uns nunmehr vollendet vor. Bei der seinerzeitigen Besprechung der ersten Lieferung des Werkes, konnten wir es uns nicht versagen, darauf hinzuweisen, dass in der Neuzeit so viele Handbücher der internen Medicin, theils neu, theils in neuer Auflage erschienen waren, dass das abermalige Herausgeben eines derartigen Werkes entweder durch ganz besondere Anordnung des Stoffes oder durch ganz hervorragende Bearbeitung desselben, oder noch besser, durch Beides zugleich gerechtfertigt sein müsse. Nachdem wir nun das vollendete Werk einer eingehenden Durchsicht unterzogen haben, müssen wir sagen, dasselbe hat seine Existenzberechtigung glänzend nachgewiesen und die Erwartungen, zu denen die erst erschienenen Lieferungen berechtigten, in vollstem Maasse erfüllt. Herausgeber, Mitarbeiter und Verleger haben reichlich gehalten, was sie beim Erscheinen des Werkes versprochen hatten.

Das vorliegende Handbuch ist in der That ein Handbuch der *practischen* Medicin zu nennen, denn wenn auch anatomische, anatomisch-pathologische und physiologische Fragen in für das practische Verständniss hinreichender Weise Erörterung gefunden haben, so ist doch der Schwerpunkt mit vollem Recht auf Symptomatologie, Diagnostik — mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchungsmethoden —, Prognose und vor Allem auf die Therapie gelegt worden. Bei letzterer finden neben der Arzneibehandlung, mit kritischer Verwerthung ihrer neuesten Errungenschaften, die Klimato- und Balneotherapie, die sogenannten physicalischen Heilmethoden, die diätetische Therapie und die Krankenpflege ebenfalls gebührende Berücksichtigung. Erläutert und belebt wird die Schilderung durch kurze casuistische Mittheilungen aus der Beobachtung der betr. Bearbeiter, und vor Allem auch durch eine reichliche Zahl gut ausgeführter und instructiver Abbildungen. Demjenigen, der sich über den einen Gegenstand in einer über den Umfang des Werkes hinausgehenden Maassstabe informiren will, steht ein reichhaltiges und zuverlässiges Literaturverzeichniss zu Gebote.

Bei dem grossen Umfange des Werkes ist es selbstverständlich unausführbar, auf die zum Theil ganz hervorragenden Einzelnarbeiten an dieser Stelle näher einzugehen. Um jedoch einen Einblick in den ungemein reichen Inhalt des Werkes zu geben und darzulegen, in welcher Weise die verdienstvollen Mitarbeiter sich in die Ausarbeitung des Stoffes getheilt haben, sei mit Nachstehendem die Eintheilung des Werkes bekannt gegeben:

I. Band: *Krankheiten der Athmungsorgane.*

Krankheiten der Nase und ihrer Nebenhöhlen, des Nasenrachenraumes, Rachens und Kehlkopfs. Prof. Dr. *Strübing* in Greifswald.

Krankheiten der Trachea, der Bronchien und des Lungenparenchyms. Prof. Dr. *v. Liebermeister* in Tübingen und Prof. *Lenhartz* in Hamburg.

Lungenchirurgie. Geh. Medicinalrath Prof. Dr. *König* in Berlin.

Krankheiten des Brustfells und der Mediastina. Prof. Dr. *Unverricht* in Magdeburg.

Chirurgie des Pleuraempyems. Geh. Medicinalrath Prof. Dr. *König* in Berlin.

Krankheiten der Kreislaufsorgane. Prof. Dr. *Romberg* in Leipzig.

II. Band: *Krankheiten des Blutes und der blutbereitenden Organe.*

Krankheiten des Blutes. Prof. Dr. *Laache* in Christiania.

Krankheiten der sogenannten Blutdrüsen (Drüsen mit innerer Secretion): Milz, Nebennieren, Thyreoidea, Thymus, Lymphdrüsen. Prof. Dr. *Kraus* in Graz.

Chirurgie der Blutgefässdrüsen. Oberarzt Dr. *Kümmel* in Hamburg.

Krankheiten der Verdauungsorgane.

Krankheiten der Lippen, der Mundhöhle, des weichen Gaumens, der Speicheldrüsen, der Speiseröhre. Privatdocent Dr. *Sticker* in Giesen.

Zahnheilkunde, mit besonderer Berücksichtigung der conservirenden Behandlung. Prof. Dr. *J. Scheff* in Wien.

Krankheiten des Magens. Prof. Dr. *Pel* in Amsterdam.

Krankheiten des Darms. Hofrath Prof. Dr. *Pribram* in Prag.

Verdauungsstörungen der Säuglinge. Prof. Dr. *Epstein* in Prag.

Krankheiten der Leber, der Gallenwege, der Pfortader, des Pancreas, des Bauchfells. Geh. Medicinalrath Prof. Dr. *Ebstein* in Göttingen.

Chirurgie der Verdauungsorgane. Geh. Medicinalrath Prof. Dr. *Braun* in Göttingen.

III. Theil: *Krankheiten der Harnorgane und des männlichen Geschlechtsapparats.*

Krankheiten der Niere, des Nierenbeckens und des Harnleiters. Prof. Dr. *Rosenstein* in Leiden.

Krankheiten der Harnblase, Cystoscopie, Endoscopie und Catheterismus der Harnröhre und der Ureteren. Oberarzt Dr. *Kümmell* in Hamburg.

Krankheiten der Prostata, des Penis nebst Harnröhre, des Hodens, Nebenhodens, Samenstrangs, der Samenblasen. Prof. Dr. *Jadassohn* in Bern.

Functionelle Störungen des männlichen Geschlechtsapparats. Prof. Dr. *Fürbringer* in Berlin.

Chirurgie der Harnorgane (ausschliessl. der Harnblase) und

des männlichen Geschlechtsapparats. Gen. Medicinalrath Prof. Dr. *Braun* in Göttingen.

Venerische Krankheiten. Prof. Dr. *Jadassohn* in Bern.

III. Band, 2. Theil:

Krankheiten der Haut. Geh. Medicinalrath Prof. Dr. *Neisser* in Breslau.

Die sogenannten Constitutionskrankheiten. Geh. Medicinalrath Prof. Dr. *Ebstein* in Göttingen.

Krankheiten der Bewegungsorgane...

Krankheiten der Muskeln, Knochen, Gelenke. Prof. Dr. *Damsch* in Göttingen.

Osteomyelitis, Caries, Necrose, gonorrhoische und tuberculöse Arthritis, Blutergelenk. Prof. Dr. *J. Rosenbach* in Göttingen.

IV. Band: *Krankheiten des Nervensystems mit Einschluss der Psychosen.*

Krankheiten des Gehirns und des verlängerten Marks. Prof. Dr. *Zichen* in Jena.

Anhang. a) Das Auge in seinen Beziehungen zur inneren Medicin. Geh. Medicinalrath Prof. Dr. *Schmidt-Rimpler* in Göttingen.

b) Das Ohr in seinen Beziehungen zur inneren Medicin. Prof. Dr. *Steinbrügge* in Giessen.

Krankheiten des Rückenmarks. Prof. Dr. *Obersteiner* und Privatdocent Dr. *Redlich* in Wien.

Neurosen. Geh. Medicinalrath Prof. Dr. *Jolly* in Berlin.

Tetanus. Prof. Dr. *Nicolaier* in Göttingen.

Krankheiten der peripherischen Nerven. Geh. Medicinalrath Prof. Dr. *Eulenburg* in Berlin.

Chirurgie des Nervensystems. Prof. Dr. *Kölliker* in Leipzig.

V. Band: Psychiatrie. Prof. Dr. *Mendel* in Berlin.

Typhöse Krankheiten und Seuchen mit vorzugsweiser pandemischer Verbreitung.

Allgemeine Einleitung (Bacteriologische Untersuchungsmethoden; Disposition; Immunität; Prophylaxe; Epidemiologie; Allgemeine Symptomatologie; Allgemeine Therapie). Dr. *Wassermann* in Berlin.

Typhus abdominalis; Masern; Rötheln; Scharlach. Dr. *J. Schwalbe* in Berlin.

Diphtherie. Prof. Dr. *Rumpf* in Hamburg.

Cholera asiatica. Medicinalassessor Dr. *Reiche* in Hamburg.

Influenza; Pocken. Prof. Dr. *Brieger* und Dr. *Wassermann* in Berlin.

Malaria; Typhus recurrens und biliöses Typhoid; Typhus exanthematicus; Dengue; Schweisskrankheiten. Prof. Dr. *Dehio* in Dorpat.

Gelbfieber. Dr. *Finlay* in Havana.

Pest. Privatdocent Dr. *Sticker* in Giessen.
Zoonosen. Prof. Dr. *Nicolaier* in Göttingen.
Vergiftungen. Metalle, Metalloide, Kohlenstoffverbindungen, Pflanzenstoffe. Prof. Dr. *Harnack* in Halle a. S.
Thier- und Fäulnissgifte. Prof. Dr. *Brieger* in Berlin.

Wir können unser Urtheil über das *Ebstein*'sche Handbuch der practischen Medicin dahin zusammenfassen, dass dasselbe in jeder Beziehung als ein Musterwerk zu bezeichnen ist, das nach seiner ganzen Anlage und Bearbeitung, namentlich aber auch in Folge der Vielseitigkeit seines Inhaltes keinen Vorgänger in der deutschen medicinischen Literatur aufzuweisen haben dürfte. Das Werk ist in jeder Beziehung empfehlenswerth, sowohl als Lehrbuch wie als Nachschlagewerk. Besondere Anerkennung gebührt noch dem Verleger für die vorzügliche Ausstattung.

Jahrbuch der practischen Medicin. Kritischer Jahresbericht für die Fortbildung der practischen Aerzte. Herausgegeben von Dr. *J. Schwalbe.* Jahrgang 1901. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1901.

Der diesjährige Jahrgang des *Schwalbe*'schen Jahrbuches der practischen Medicin hat in sofern eine Aenderung in der Eintheilung des gesammten Stoffes erfahren, als bei derselben mehr wie früher die practischen Gesichtspunkte in den Vordergrund getreten sind, indem der Herausgeber sich von dem Grundgedanken leiten liess, dem Practiker von den literarischen Ergebnissen des letztverflossenen Jahres in möglichst knappem Umfang lediglich dasjenige mitzutheilen, was nach dem wohlerwogenen Urtheil competenter Fachmänner als wirklich brauchbares Resultat wissenschaftlicher Forschung und practischer Erfahrung angesehen und für die berufliche Thätigkeit des Arztes unmittelbar verwerthet werden kann. Daher wurden in dem vorliegenden Jahrgang noch mehr wie dies bei den vorhergehenden schon der Fall war, alle rein theoretischen Arbeiten, die mit der practischen Medicin in gar keinem oder nur losem Zusammenhang stehen, alle fehlerhaften und schwankenden Beobachtungen als für den gegebenen Zweck eines practischen Jahrbuches werthlos übergangen.

Den Haupttheil des Jahresberichts bildet nach wie vor das Material der speciellen Pathologie und Therapie; ihm geht voraus der neue Hauptabschnitt „Allgemeine Therapie", der die allgemein-therapeutischen Capitel — vermehrt durch die Diäto- und Pneumatotherapie, Orthopädie und Kinesiotherapie, Krankenpflege — umfasst, und die Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie (einschliesslich Bacteriologie), eine wesentliche Grundlage der practischen Medicin. Der immer bedeutungsvoller werdenden Aufgabe des Arztes, der Prophylaxe, dient wie früher der Abschnitt „Oeffentliches Sanitätswesen". Das

Schlusscapitel bildet der Abschnitt „Aerztliche Sachverständigkeit."

Was schliesslich die Form der Bearbeitung betrifft, so sind die einzelnen Aufsätze nicht in loser Folge referirt, sondern jeder Abschnitt stellt einen aus innerer Durcharbeitung und Verschmelzung des ganzen Berichtmateriales hervorgegangenen abgerundeten Artikel dar. Jeder Abschnitt bildet ein erschöpfendes Sammelreferat.

Einer besonderen Empfehlung bedarf das *Schwalbe*'sche Jahrbuch bei seiner allgemeinen Beliebtheit unter den Aerzten nicht; es genüge hier auf die erwähnten Veränderungen in der Anlage und Stoffeintheilung hingewiesen zu haben.

Lehrbuch der inneren Medicin. Bearbeitet von Prof. Dr. *D. Gerhardt,* Strassburg; Medicinalrath Prof. Dr. *Gumprecht,* Weimar; Prof. Dr. *His,* Leipzig; Prof. Dr. *Klemperer,* Berlin; Prof. Dr. *Kraus,* Graz; Prof. Dr. *L. Krehl,* Greifswald; Prof. Dr. *Max Matthes,* Jena; Prof. Dr. *Freiherr v. Mering,* Halle a. S.; Prof. Dr. *O. Minkowski,* Köln; Prof. Dr. *Friedrich Moritz,* München; Prof. Dr. *Friedrich Müller,* Basel; Prof. Dr. *Ernst Romberg,* Marburg; Prof. Dr. *R. Stern,* Breslau; Prof. Dr. *Vierordt,* Heidelberg. Herausgegeben von Dr. *Freiherr v. Mering,* Professor in Halle a. S. Mit 207 Abbildungen im Text. Verlag von Gustav Fischer. Jena 1901.

Wieder ein neues Lehrbuch der inneren Medicin! Es sind in der That in der letzten Zeit so viele Lehrbücher, Handbücher und wie sie sich sonst noch benennen, der inneren Medicin auf dem medicinisch-literarischen Markte erschienen, dass man sich unwillkürlich fragen muss, ob noch Bedürfniss für ein weiteres Werk dieser Art vorhanden ist. Von dieser Erwägung ausgehend, ist Ref. an die Durchsicht des vorliegenden Lehrbuches herangetreten und muss derselbe nach Beendigung seiner Aufgabe unumwunden zugeben, dass das Werk doch seine Existenzberechtigung hat und in vollberechtigter Weise seinen Platz in der medicinischen Literatur einnimmt. Das Werk soll, wie der Titel sagt, in erster Linie ein Lehrbuch sein, durfte daher bei dem Umfang, den die Wissenschaft der inneren Medicin einnimmt, nicht zu knapp gehalten sein, musste vielmehr Alles bringen, was zu einem vollen Verständniss der einzelnen Disciplinen nöthig ist; andererseits ist in demselben mit Recht alle Weitschweifigkeit vermieden, die besonders auf den Studirenden nur störend und verwirrend wirkt, und wie dieselbe manchen grösseren Handbüchern anhaftet. So sind die Literaturangaben nur spärlich vorhanden und nur so weit dieselben auf die grösseren oder specialistischen Werke hinweisen. Man könnte vielleicht an einem Lehrbuche aussetzen, dass es nicht durchwegs von einer Hand bearbeitet wurde, allein dieser scheinbare Nachtheil wird in die-

sem Falle gewiss reichlich aufgewogen, durch den Umstand, dass allein auf diese Weise es ermöglicht wurde, in dem Werke die Vorzüge der grossen Sammelwerke, in welchem jede Krankheitsgruppe von den durch eigne Forschung berufensten Autoren bearbeitet wird, mit derjenigen Kürze, wie sie der Student und der vielbeschäftigte Arzt fordern müssen, zu vereinigen. Die einzelnen Abschnitte sind klar und erschöpfend behandelt, die Eintheilung des Gesammtstoffes ist eine sehr übersichtliche, wozu besonders der verschiedenartige Druck beiträgt. Die zahlreichen Abbildungen sind durchwegs vorzüglich ausgeführt und erleichtern in hohem Grade das Verständniss des Textes. Auch die sonstige Ausstattung von Seiten des Verlegers ist als eine vorzügliche zu bezeichnen.

Ein Umstand wäre noch erwähnenswerth, nämlich der Hinweis, dass mit dem Werke der Versuch gemacht wurde, den Studirenden ein geeignetes Lehrbuch der inneren Medicin, dessen Gediegenheit durch die Namen seiner Verfasser verbürgt ist, zu einem so niedrigen Preise in die Hand zu gebn, wie es in der deutschen medicinischen Literatur kaum bis jetzt geboten worden sein dürfte. Das Werk kostet nämlich bei einem Umfang von 1092 Seiten 12 Mark für das broschirte, 14 Mark für das gebundene Exemplar, ein Preis, der, wie die Verlagshandlung betont, gerade deshalb so niedrig ausgesetzt wurde, um die Anschaffung des Werkes den studirenden Kreisen so viel wie irgend möglich zu erleichtern.

Das *v. Mering*'sche Lehrbuch der inneren Medicin ist ein vorzügliches Werk und daher sehr empfehlenswerth; es wird ohne Zweifel in kürzester Zeit eine grosse Ausbreitung erlangen und sich viele Freunde erwerben.

Würzburger Abhandlungen aus dem Gesammtgebiet der practischen Medicin. Herausgegeben von Docent Dr. *Joh. Müller* und Prof. Dr. *Otto Seifert.* Verlag von A. Stuber (C. Kabitzsch). Würzburg 1901.

Von den Würzburger Abhandlungen, über welche wir an dieser Stelle schon wiederholt berichtet haben, sind in rascher Folge sechs weitere Lieferungen erschienen. 7. Heft: *Ueber chirurgische Eingriffe bei Blinddarmentzündung, speciell über die Art und die Bedeutung des operativen Vorgehens während des Anfalls* Von Prof. Dr. *J. A. Rosenberger.* 8. Heft: *Immunität und Immunisirung.* Von Stabsarzt und Docent Dr. *A. Dieudonné.* 9. Heft: *Die Krankheiten des Mundes und der Zähne im Kindesalter.* Von Dr. *Joh. Hugo Spiegelberg,* München. 10. Heft: *Die Verletzungen des Ohres.* Von Prof. Dr. *W. Kirchner.* 11. Heft: *Die Behandlung der Empyeme.* Von Prof. Dr. *F. Riedinger.* 12. Heft: *Grundsätze der Diätbehandlung Magenkranker.* Von Dr. *H. Strauss* in Berlin.

Mit diesen sechs Heften ist nunmehr der erste Band voll-

ständig erschienen, und wenn man über denselben ein abschliessendes Urtheil fällen will, muss man sagen, die Herausgeber haben bei der Eintheilung und Auswahl des Stoffes, sowie bei der Heranziehung der Mitarbeiter das Richtige getroffen, um die Bedürfnisse des Practikers nach Fortbildung zu befriedigen. Den Würzburger Abhandlungen ist eine bleibende Existenz in der medicinischen Literatur gesichert und sie verdienen in der That, dass sie in die weitesten ärztlichen Kreise Eingang finden. So viel ist gewiss, dass wer einmal auf dieselben abonnirt hat, sich nicht mehr von ihnen trennen wird. Auch verdient die Verlagshandlung alle Anerkennung, dass sie den Preis für den vorzüglich ausgestatteten Band auf nur M. 7.50 festgesetzt hat.

Für die ersten Hefte des II. Bandes liegen bereits folgende Abhandlungen vor: *Franqué, Die Entstehung und Behandlung der Uterusruptur. Römer, Die Bedeutung der Bacteriologie in der Pathologie des Auges. Nieberding, Ueber die Behandlung der Flexionen des Uterus. Jessen, Die Nothwendigkeit zahnärztlicher Schulung für den practischen Arzt und seine Einführung in die moderne Zahnheilkunde.*

Die Krankheiten der Frauen für Aerzte und Studirende. Dargestellt von Dr. med. *Heinrich Fritsch*, Prof. etc., etc. Zehnte, vielfach verbesserte Auflage. Mit 278 Abbildungen in Holzschnitt. Verlag von S. Hirzel. Leipzig 1901.

Von dem *Fritsch*'schen vorzüglichen Lehrbuch der Frauenkrankheiten ist nunmehr die zehnte Auflage erschienen, die dem Fortschreiten der Gynäcologie entsprechend mancherlei Verbesserungen und Veränderungen den vorhergegangenen Auflagen gegenüber aufzuweisen hat. Wenn heutzutage ein Lehrbuch eine zehnte Auflage erlebt, so spricht dieser Umstand allein mehr für die Brauchbarkeit desselben, als seitenlange Empfehlungen. Das Werk ist in der That das, wozu der Verfasser es bestimmt hatte, eine Einführung für den Studirenden, ein Wegweiser für den practischen Arzt und ein Berather für den Fachcollegen.

Die Augenkrankheiten des Kindesalters und ihre Behandlung. Von Dr. *Emil Guttmann.* Fischer's Medicinische Buchhandlung, H. Kornfeld, Berlin.

Das vorliegende Buch wendet sich an die practischen Aerzte, namentlich die Landärzte, bei denen die Behandlung von Kindern ja einen grossen Theil ihrer Thätigkeit ausmacht, und für welche es von Wichtigkeit ist, sich über die wichtigsten kindlichen Augenleiden aus einer speciell dem practischen Bedürfnisse entgegenkommenden Darstellung zu informiren. Seinem practischen Zwecke entsprechend legt das Buch mit Recht keinen Werth auf Anhäufung minder wichtiger und seltener Vorkommnisse, sondern sucht dem Arzte eine Anzahl klarer, plastisch hervortretender Krankheitsbilder zu übermitteln. Die allgemeine Bekanntschaft mit der Ophthalmologie, soweit sie von jedem Arzte er-

wartet werden kann, ist dabei vorausgesetzt. Das klinische Bild ist desshalb nur in seinen Hauptzügen und in den für das Kindesalter characteristischen Eigenthümlichkeiten gezeichnet; um so grösserer Raum ist der Aetiologie, der Prophylaxe und namentlich der Therapie zugewiesen worden. Besonderes Gewicht wurde auf die Darstellung des Zusammenhanges der Augenkrankheiten mit dem Zustande des gesammten Organismus, den äusseren Lebensbedingungen, den Schulanforderungen etc. gelegt. Das Buch entspricht gewiss einem practischen Bedürfniss und ist sehr empfehlenswerth.

Zur Lösung des Problems der Heilbarkeit der Lungentuberculose. Von Dr. *Carossa.* Verlag von Seitz & Schauer. München.

Verf. glaubt in einer Verbindung von Pilocarpin mit Eugastrin, dem wirksamen Princip der Condurango, ein Allheilmittel für die Lungentuberculose gefunden zu haben. Er hat die angegebenen Mittel von einer Münchener Apotheke unter dem Namen „Dr. Carossas Antihyperäminpillen" in den Handel bringen lassen. Welchen Gehalt an Pilocarpin und Eugastrin diese Wunderpillen haben, verräth er in seiner Abhandlung nicht, da dies augenscheinlich Geschäftsgeheimniss ist. Den Haupttheil der Arbeit bilden eine Anzahl reclamartig gehaltener Krankengeschichten, denen zufolge Patienten, die an ausgesprochener Lungentuberculose litten, nach Einnehmen von einer oder zwei Schachteln der Wunderpillen geheilt oder doch bedeutend gebessert wurden. Dämpfungen, Auswurf, Husten etc. sind wie durch Zauberschlag verschwunden. Die Arbeit verdient wirklich nicht, dass man sich weiter mit ihr beschäftigt, dieselbe ist ohne jeglichen wissenschaftlichen Werth und wäre von der Verlagshandlung besser zurückgewiesen worden.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Münchener Medicinische Wochenschrift.

1) *Bäumler: Ueber acuten Darmverschluss an der Grenze zwischen Duodenum und Jejunum.*

Als begünstigende Momente, die zu der in Rede stehenden Form von Darmverschluss Veranlassung geben können, sind die folgenden Ursachen zu nennen:

1. Grössere Länge des Dünndarmmesenteriums. 2. Magentiefstand (Gastroptose) als Theilerscheinung allgemeiner Enteroptose. 3. Enteroptose in ihrem Einfluss auf die Lage des Duodenums und auf die Wurzel des Mesenteriums. 4. Die Lage der Duodeno-Jejunalgrenze in Beziehung zur Wirbelsäule. 5. Starke Lumballordose. 6. Hochgradige Abmagerung und

Schwäche durch vorausgegangene Krankheiten. 7. Chronische Magenerweiterung in Folge angeborener oder erworbener Pylorusstenose. 8. Andauernde horizontale Rückenlage nach Operationen. 9. Sehr vollständige Entleerung des Darmes vor einer Operation.

Direct veranlassende Momente waren in den bis jetzt beobachteten und genauer untersuchten Fällen: 1. Ueberfüllung des Magens mit Flüssigkeit oder Speisen, insbesonders bei bestehender Atonie desselben oder einer bereits vorhandenen Dilatation. 2. Chloroformnarcose, Eintritt der Erscheinungen in unmittelbarem Anschluss an dieselbe oder später. 3. Operationen an den Gallenwegen. 4. Anderweitige (gynäcologische) Laparotomien. 5. Compression des Thorax durch Anlegung eines Gipscorsets.

Bezüglich der Behandlung hat die Beobachtung der Fälle ergeben, dass es mit Maassnahmen, welche den Druck des gefüllten Magens einerseits und die Zugwirkung der in das kleine Becken herabgedrängten dünnen Gedärme an ihrer Mesenterialwurzel andererseits aufheben, gelingt, den schweren Symptomencomplex rasch zu beseitigen. Wichtig erscheint jedoch dabei, dass *frühzeitig* das Nöthige geschieht. Dies besteht einmal in der Entleerung des überfüllten Magens durch die Schlundsonde und in zunächst möglichster Beschränkung der Nahrungs- und besonders der Flüssigkeitszufuhr per os, sodann in einer solchen Lagerung des Kranken, dass der Dünndarm aus dem kleinen Becken herausgelangen kann, und dass die Anspannung seines Mesenteriums gehoben wird. Am wirksamsten für diesen Zweck ist die Knieellenbogenlage, die unter Umständen durch geeignete Unterstützung des Kranken eine Zeit lang innegehalten werden muss, demnächst die Bauchlage. Von anderen Maassnahmen, um die Wegsamkeit in dem comprimirten Duodenalstück wieder herzustellen, könnte das Eingiessen von Olivenöl nach der Magenausspülung versucht werden, ebenso vorsichtige Aufblähung des Magens mittels Gebläses. Der in diesen Fällen bereits abnorm erweiterte Pylorus würde die Luft leicht in das Duodenum dringen lassen. Lassen alle diese Maassnahmen im Stich, so käme noch die Gastroenterostomie in Betracht, falls der Zustand des Kranken überhaupt noch einen derartigen operativen Eingriff gestattet.

Sehr wichtig ist die Nachbehandlung, da der Natur der Sache nach Rückfälle leicht eintreten können. Vermeiden von zu starker Füllung des Magens, namentlich mit Flüssigkeit, häufigere Zufuhr kleiner Mengen breiiger Nahrung, Ueberwachung des Magens durch Inspection und Percussion, um sofort wieder, wenn nöthig, zur Ausspülung zu schreiten, sind die wichtigsten Punkte derselben.

Auch für die Prophylaxis ergeben sich aus den bis jetzt beobachteten Fällen wichtige Lehren. Vor Allem muss man bei Kranken, bei welchen die Prädisposition gegeben ist, daran den-

ken, dass ein duodeno-jejunaler Darmverschluss früher oder später auftreten könnte, also jede zu starke Füllung des Magens vermeiden lassen. Operirte, namentlich nach lange dauernden Chloroformnarcosen, sorgfältig überwachen, bei irgend verdächtigen Erscheinungen die Nahrungszufuhr hauptsächlich per rectum bewerkstelligen, den Kranken Seiten- oder Bauchlage, wenn möglich vorübergehend Knieellenbogenlage einnehmen lassen, bei stärkerer Füllung des Magens denselben ausspülen. (1901, No. 17.)

2) *E. Schlechtendahl*: *Ein Vorschlag zur Verhütung der Autoextubation.*

Zur Verhütung der Autoextubation macht Verf. den Vorschlag, dem Faden eine andere Lagerung zu geben, und zwar erscheint es ihm practisch, den Faden hinter den Gaumen durch den Nasengang zu führen. Die Technik ist sehr einfach und für den Arzt, der sich in der Intubation einübt, leicht mit zu erlernen. Nachdem der mit einem Faden armirte Tubus in der gewöhnlichen Weise eingeführt worden ist, das freie Fadenende also zwischen den Zähnen aus dem Munde hervorragt, führt man ein Bellocq'sches Röhrchen durch den Nasengang von aussen ein, schiebt die Feder vor, bis sie zwischen den Zahnreihen zum Vorschein kommt; wenn man nun das freie Fadenende im Knopf des Bellocq'schen Röhrchens befestigt, lässt sich durch Zurückführen des Röhrchens auf die einfachste Weise der Faden hinter den Gaumen durch den Nasengang führen. Der Faden wird kurz an der Nasenöffnung abgeschnitten und kann dort in der verschiedensten Weise, durch ein Heftpflaster am Nasenflügel, durch etwas Collodium, einen Watteropf oder dergl. im Nasenloch befestigt werden. (1901, No. 18.)

3) *H. Doerfler*: *Blutvergiftung und Amputation.*

Verf. stellt die Behauptung auf, dass durch Amputation der befallenen Extremitäten noch nie ein Leben gerettet worden ist, wohl aber viele durch dieselbe in ihrem Todeslaufe beschleunigt worden sind. Die rettungslos verlorenen Fälle von Sepsis sind durchaus nicht selten, aber sicher ist das mindestwerthige Heilmittel dafür die Amputation. Diejenigen, die nach der Amputation nicht sterben, wären sicher auch ohne dieselbe nicht gestorben, und gar mancher Gestorbene wäre wohl am Leben geblieben, wenn er nicht amputirt worden wäre. D. stellt daher die folgenden Sätze auf:

1. Es giebt keine locale Sepsis ohne sofortige Betheiligung des ganzen Organismus.

2. Die Amputation bei Blutvergiftung (progredienter septischer Phlegmone, malignem Oedem, foudroyanter Gangraen) ist vollständig zu verwerfen.

3. Amputirt darf nur werden, was der Gangraen verfallen ist und sich demarkirt hat.

4. Die Lehre von der Zulässigkeit der Amputation bei progredienter Phlegmone etc. ist aus den klinischen Lehrbüchern der Chirurgie zu streichen. (1901, No. 18.)

4) *M. Saenger*: *Ueber die Inhalation zerstäubter Flüssigkeit.*

Die Ausführungen des Verf. lassen sich folgendermaassen zusammenfassen:

1. Das Eindringen noch in zerstäubtem Zustand befindlicher Inhalationsflüssigkeit in den Kehlkopf und die unterhalb desselben gelegenen Theile des Respirationsapparates kann nicht ohne Weiteres als erwiesen betrachtet werden, wenn auch nach dem Inhaliren grössere oder kleinere Mengen der inhalirten Flüssigkeit im Kehlkopf, der Trachea, den Bronchien oder gar den Alveolen gefunden werden.

2. Die nicht mehr in zerstäubtem Zustand befindliche Inhalationsflüssigkeit kann durch die Kraft der Inspiration noch recht gut in die tieferen und tiefsten Abschnitte des Athmungsapparates befördert werden.

3. Wenn S. auch nicht in Abrede stellt, dass kleine Mengen noch in zerstäubtem Zustand befindlicher Inhalationsflüssigkeit unter Umständen in den Kehlkopf die Trachea und die groben Bronchien hinein gelangen können, so hält er diese Mengen doch für so klein, dass sie eine wahrnehmbare therapeutische Wirkung nicht auszuüben vermögen. Dass etwas von der inhalirten zerstäubten Flüssigkeit in diesem Zustand in die kleineren und kleinsten Bronchien gelangt, hält er für vollkommen ausgeschlossen. (1901, No. 21.)

5) *S. Lachmann*: *Die Vaporisation des Uterus.*

Nach Verf. stellt die Vaporisation eine Bereicherung der gynäcologischen Technik in der Behandlung von hartnäckigen Gebärmutterblutungen dar. Unter diesen eignen sich die klimacterischen und präklimacterischen ganz besonders für die Anwendung der Methode. Blutungen jüngerer Frauen und Endometritiden bilden ein weit weniger günstiges Object dafür. Eine Dosirung der Dampfeinwirkung ist in Anbetracht der vielen variablen Factoren, die dabei in Frage kommen, nur sehr unvollkommen möglich. Es ist die Vaporisation als nicht ganz gefahrlos zu bezeichnen und solange nicht anzuwenden, als voraussichtlich mit milderen Mitteln ein Erfolg erzielt werden kann. Andererseits wird stets erst ein Versuch mit der Vaporisation zu machen sein, bevor man sich entschliesst, wegen Blutungen die Totalexstirpation vorzunehmen. (1901, No. 23.)

6) *M. Stern*: *Ueber Injectionscuren bei Syphilis.*

Dasjenige Mittel, welches St. am häufigsten zu Injectionen verwandte und welches nach seiner Erfahrung für den täglichen

Gebrauch des practischen Arztes am geeignetsten erscheint, ist von den löslichen Mitteln das Sublimat mit Kochsalz, in folgender Weise (nach *Lassar*) verordnet:

Sublimat 1,0 (2,0 bei Männern),
Aqu. dest. 100,0, coque, adde
Natr. chlor. 3,0 (6,0)
Coque, filtra. S. Zu Händen des Arztes.

Die Injectionen werden in der Glutaealgegend gemacht, 25—30 genügen im Allgemeinen, so dass man, da die Injection jeden zweiten Tag gemacht wird, immerhin mit einer 2 monatlichen Dauer der Cur rechnen muss. Frauen vertragen die Injection am Anfang zuweilen nicht besonders gut: Uebelkeit, allgemeines Unbehagen, Schwächegefühl treten auf, nach 5—6maliger Anwendung verschwinden aber meist diese Symptome. Wenn auch in vielen Fällen die Einreibungscur nicht zu umgehen ist, so ist doch, wie Verf. ausführt, den Injectionen unter folgenden Umständen der Vorzug zu geben: 1. Wenn sonstige Erkrankungen der Haut oder der Verdauungsorgane die Anwendung der Schmiercur oder Pillen nicht zulassen. 2. In Fällen von schwerer Syphilis, wenn wichtige Organe ergriffen sind und es sich darum handelt, rasch und energisch einzugreifen. 3. Wenn es gilt, eine zweifelhafte Diagnose aufzuklären. 4. In denjenigen Fällen, wo die anderen Quecksilberpräparate schon vergebens angewandt worden sind — bei wiederholten Recidiven — und schliesslich 5. Abwechselnd mit anderen Methoden bei der intermittirenden Behandlung (nach *Fournier-Meisser*). (1901, No. 27.)

7) *F. Mendel: Ueber Ischias syphilitica und ihre Behandlung.*

M. berichtet über drei Fälle von typischer Ischias zweifellos syphilitischen Ursprungs, bei denen durch Quecksilberinjectionen ein frappanter therapeutischer Effect erzielt wurde. M. giebt der Injectionsbehandlung vor der Inunctionscur nicht nur da den Vorzug, wo unerträgliche Schmerzen oder drohende Lebensgefahr eine möglichst schnelle Wirkung erheischen, sondern auch in denjenigen Fällen, in welchen die Permeabilität der Haut für Quecksilber durch Krankheit oder Alter so sehr herabgesetzt ist, dass trotz sachverständigster Einreibung das Heilmittel nicht in ausreichenden Quantitäten in die Lymph- und Blutbahn gelangen kann. (1901, No. 27.)

8) *Carl Beck: Ueber Sarkombehandlung mittels der Röntgenstrahlen.*

Es handelte sich um ein schnell wachsendes Melanosarcom am äusseren linken Knöchel bei einem 36jährigen kräftigen Patienten. Da letzterer die Amputation rundweg ablehnte, begnügte sich B. mit einer bis auf das Periost reichenden Exstirpation der Geschwulst und Entfernung der Leistendrüse. Die Heilung er-

folgte in kurzer Zeit. Nach 6 Wochen Recidiv. Abermalige Exstirpation. Nach 4 Wochen wieder Recidiv, welches mit etwa 30 mehr oder minder grossen, traubenförmigen, tiefblauschwarzen Knollen besetzt war, von denen die grösseren bei leiser Berührung leicht bluteten. In der Leiste hatte sich eine Geschwulst von Gänseeigrösse gebildet. Auf der Innenfläche des Beins, namentlich entlang der inneren Wadengrenzen, waren einige Dutzend Knollen entstanden, welche dene der Geschwulst völlig glichen und in ihrem Grössenverhältniss zwischen einer Kirsche und einem Stecknadelkopf rangirten. Eine Amputation wäre nun eher durchzusetzen gewesen, aber in Rücksicht auf die Metastase in der Inguinalgegend konnte man sich jetzt auch nicht mehr viel versprechen. Da kam B. der Gedanke, einen Versuch mit Röntgenstrahlen zu machen.

Ohne irgend welche kühne Hoffnungen zu hegen, begann er den nach der dritten Exstirpation gebliebenen Defect zu bestrahlen, zuerst 10, dann 20, dann 30 und zuletzt 45 Minuten lang. Patient verspürte nach 45 Minuten lang dauernden Sitzungen ein längeres Kriebeln im ganzen Unterschenkel. Bis zur Zeit der Publication war die Bestrahlung sieben Mal in 2—3tägigen Intervallen ausgeführt worden. Nachdem sechs Wochen vergangen waren, hatte sich nicht nur keine Spur eines Recidivs an der Knöchelstelle sehen lassen, sondern sogar eine Anzahl der melanotischen Knollen der Wade, namentlich die, welche der Bestrahlung zunächst lagen, waren theils völlig vernarbt, theils geschrumpft. Die Leistendrüsengeschwulst war während dieser Behandlung weiter gewachsen und wurde dieselbe später von B. exstirpirt. B. will später über den weiteren Verlauf dieses interessanten Falles berichten. (1901, No. 32.)

9) *Krecke*: *Das Vioform, ein neues Jodoformersatzpräparat.*

Das Vioform ist seiner chemischen Constitution nach als Jodchloroxychinolin zu bezeichnen. Es ist von ganz neutralem Character, da die saure Natur der Hydroxylgruppe durch die basische des Chinolins sozusagen aufgehoben wird. Es ist von gelblicher Farbe und geruchlos. K. hat das Präparat seit Juli 1900 bei den verschiedenartigsten chirurgischen Affectionen verwendet und kam zu der Ueberzeugung, dass das Vioform ein Mittel ist, das durchwegs berufen erscheint, das Jodoform in jeder Weise zu ersetzen. Oertliche Nebenerscheinungen konnte K. niemals beobachten, auch nicht die leiseste Spur eines Ekzems, wie es beim Jodoform so häufig ist. Fügt man zu diesem Vortheil den der völligen Geruchlosigkeit hinzu, so muss man sagen, dass das Vioform in glücklicher Weise alle die Nachtheile vermeidet, die die Anwendung des Jodoforms zu einer oft so unangenehmen gestalten. Berücksichtigt man weiterhin, dass das Vioform dem Jodoform an Wirkung nicht nur nicht nachsteht, sondern es manchmal noch übertrifft, so kann man hoffen, in ihm endlich

den wahren Jodoformersatz gefunden zu haben. Es sorgt für eine gute Trockenlegung der Wunde, es verhindert die Infection in Fällen, wo nach Lage der Wunde eine solche leicht möglich wäre, und wirkt entschieden heilungsbefördernd nach der Operation der tuberculösen Erkrankungen. (1901, No. 33.)

10) *Jordan: Ueber die Aetiologie des Erysipels und sein Verhältniss zu den pyogenen Infectionen.*

Die Arbeit des Verf. gipfelt in den folgenden Schlussfolgerungen: 1. Das Erysipel ist aetiologisch keine specifische Erkrankung. 2. Am Kaninchenohr kann typisches Erysipel nicht nur durch Streptococcen, sondern auch durch Staphylococcen, Pneumococcen und Bact. coli erzeugt werden. 3. Das menschliche Erysipel wird in der Regel vom Streptococcus pyogenes verursacht, kann aber auch, wie einwandfreie Beobachtungen ergeben, durch Staphylococcus aureus hervorgerufen werden. 4. Die Frage, ob auch die facultativen Eitererreger, wie Pneumococcen, Bact. coli, Typhusbacillen beim Menschen Erysipel machen können, ist noch als eine offene zu bezeichnen. (1901, No. 35.)

11) *Balacescu: Die Ligatur der Gefässe der Milz beim Thier.*

Verf. erzielte durch seine in dieser Beziehung angestellten Versuche die folgenden Ergebnisse:

1. Die Ligatur des ganzen Gefässstieles der Milz mit Einschluss des Ligam. gastro-lienale bewirkt Gangraen des Organs und wird in der grossen Mehrzahl der Fälle von tödtlichen Erscheinungen gefolgt. Wenn dagegen die Thiere der durch die Absorption der gangraenösen Milz verursachten Intoxication widerstehen, so wird die Milz vollständig atrophisch. Diese Atrophie tritt in relativ kurzer Zeit auf, so dass das Organ nach 8 Tagen zu einem kleinen Knoten zusammengeschrumpft ist.

2. Die Ligatur nur der Arterie oder der Vene der Milz verträgt sich mit dem Leben des Thieres und ohne dabei die Function der Milz zu schädigen, denn die collateralen Wege führen der Milz genügendes Ernährungsmaterial zu.

3. Der nach der Ligatur nur der Arterie und der Vene der Milz auftretende Atrophieprocess ist minimal und findet langsam statt.

4. Der Atrophieprocess ist rasch, das interstitielle Bindegewebe wuchert in reichem Maasse und die Erscheinungen der atrophischen Milzcirrhose sind manifester, jedesmal, wenn die Vasa afferentia verkleinert sind.

5. Die zwischen der Milz und der Abdominalwand sich etablirenden neuen gefässhaltigen Adhäsionen reichen aus, um ein vegetatives Leben des Organes zu unterhalten. Und so verfällt die Milz nach Verschluss ihrer grossen Vasa afferentia der

Gangraen nicht, sondern lebt weiter, ihr Atrophieprocess ist jedoch rasch und die normalen Milzfunctionen verschwinden progressiv.

6. Schliesslich dringen die Microorganismen des Darmes in die Milz ein, erst, nachdem dieselbe aus der Blutcirculation ausgeschaltet wurde. (1901, No. 35.)

12) *H. Vieth*: *Ueber ein synthetisch gewonnenes Abführmittel.* („*Purgatin*").

Purgatin (identisch mit Purgatol) ist seiner chemischen Stellung nach als Anthrapurpurindiacetat zu bezeichnen. Es ist ein gelbes microkrystallinisches Pulver, dessen Schmelzpunkt bei ca. 175° liegt. Es ist in Wasser unlöslich, schwer löslich in Alcohol, leicht löslich in siedendem Eisessig und Xylol. Verdünnte (1 proc.) Sodalösung färbt sich mit dem Präparat alsbald roth. Die beim Menschen eben wirksame Dosis beträgt 0,5. Der Harn ist meist schwach roth gefärbt. Nach dem Urtheil von *Ewald* und *Stadelmann*, die mit dem Präparate klinische Untersuchungen angestellt hatten, hat das Purgatin die Eigenschaften eines guten Abführmittels, indem es ohne besondere Leibschmerzen und Tenesmus einen ausgiebigen, breiigen, nicht wässerigen Stuhl hervorruft. Prompte und andauernde Erfolge wurden mit dem Mittel besonders bei habitueller Obstipation in Folge primäratonischer Zustände des Darmes z. B. bei Neurasthenikern erzielt. Der Stuhl tritt ca. 1 Stunden nach Einnahme von 0,5—1,0 ein. Es hat nach Prof. *Ewald* vor den meisten anderen Abführmitteln den Vorzug, dass es vollkommen geschmacklos ist und keinerlei üble Nebenerscheinungen von Seiten des Magens und der Därme hervorruft. Die Patienten sind auf die eintretende Rothfärbung des Urins aufmerksam zu machen. In Fällen hartnäckiger Obstipation ist eine Dosis von 0,5—1,0 oft unzureichend, so dass man auf 2,0 steigen muss, doch dürfte sich die chronische Obstipation als das eigentliche Anwendungsgebiet des Mittels erweisen. Im Uebrigen ergeben sich die Indicationen von selbst aus den Eigenschaften der Substanz als ein mildes Abführmittel nach Art des Rhabarbers. (1901, No. 35.)

13) *Kollmann*: *Zur Lehre von der Dysmenorrhoea membranacea.*

Verf. kann auf Grund seiner Untersuchungen seinen früher bereits aufgestellten Sätzen: 1. Dysmenorrhoea membranacea hat keinen Zusammenhang mit Gravidität und Abort; 2. dieselbe bedingt keine Sterilität; 3. die dysmenorrhoischen Membranen haben nichts mit einer Entzündung der Mucosa uteri zu thun; 4. die Fibrinmembranen sind als wahre dysmenorrhoische Membranen zu betrachten; 5. Verwechslung von Fibrinmembranen mit Blutcoagulis ist ohne genaue Untersuchung möglich, ebenso Verwechslung mit den Producten einer croupösen Entzündung;

6. die Fibrinmembranen sind das Product einer durch Blutung und Exsudation in's Gewebe bedingten Necrose, noch folgende hinzuzufügen:

1. Die Ursache der bei Dysmenorrhoea membranacea auftretenden Schmerzen ist nicht in der Ablösung oder Ausstossung der Membranen zu suchen; 2. das anatomische Bild der Membranen entpsricht keinem besonderen Typus und kann bei den einzelnen Menstruationen ein und derselben Patientin wechseln; 3. die Lösung der Membranen geschieht nicht mechanisch durch Abreissen durch einen starken Bluterguss; 4. Dysmenorrhoea membranacea ist eine häufige, nur oft übersehene Erkrankung. (1901, No. 37.)

14) *R. Heinz: Ein Hilfsmittel gegen Seekrankheit.*

Durch vertiefte Athembewegungen kann man den Brechreiz in Folge überfüllten Magens überwinden. Den gleichen Effect erreicht man bei Brechreiz in Folge Reizung des Schlundes. Den durch Einführung der Magensonde gesetzten starken Brechreiz macht man den Patienten am leichtesten überwinden, wenn man ihm Anweisung giebt, beständig rasche Inspirationsbewegungen zu machen. Verf. hatte nun Gelegenheit, zu beobachten, dass man auch den Brechreiz bei Seekrankheit durch verstärkte Athmung erfolgreich überwinden kann. Eine Dame und ein Kind wurden bei der Ueberfahrt von Cuxhaven nach Helgoland bei mässig bewegter See stark seekrank. Am anderen Tage rieth H. der betreffenden Dame, jedesmal bei einsetzendem Brechreiz mehrmals hintereinander tief zu inspiriren. Thatsächlich erbrach die Dame bei viel bewegterer See, wiewohl sich Brechreiz und Uebelkeit prompt einstelltn, nicht ein inziges Mal, während das Kind wiederum stark Seekrank wurde. (1901, No. 38.)

SITZUNGSBERICHTE.

Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York.

110 West 34. Strasse.

Sitzung vom 22. März 1901.

Vorsitzender: Dr. *Einhorn.*

Vorstellung von Patienten.

1) Dr. *Welt-Kakels:* Fall von *congenitalem sacralem Tumor,* wahrscheinlich *Myelomenigocele.*

Der achtjährige Knabe L. N. wurde vor einigen Wochen mit folgender Anamnese in das Mt. Sinai Dispensary gebracht. Die Mutter ist ge-

sund; der Vater wurde vor etwa 9 Jahren gemüthskrank und verbrachte zur Zeit einige Monate in der Irrenanstalt. Seitdem ist er schwachsinnig, doch ist er im Stande, seiner Arbeit als Schneider nachzukommen. Vier Geschwister des Patienten sind gesund. Ein Kind starb, 10 Monate alt, an Enteritis; ein anderes, eine Zwillingsschwester unseres Patienten, 26 Stunden nach der Geburt. Der Patient wurde am Ende einer normalen Schwangerschaft spontan geboren. Die Entbindung war eine leichte. Der Tumor wurde bei der Geburt bemerkt und soll sich seitdem in Grösse und Aussehen nicht verändert haben. Der Knabe entwickelte sich völlig normal; mit Ausnahme einer leichten Attaque von Masern in seinem dritten Jahre, soll er immer gesund gewesen sein, doch bemerkte die Mutter gelegentlich, dass der Knabe das Bett nässte und wurde dies auf üble Gewohnheit zurückgeführt. In den letzten Monaten hat sich der Zustand in dieser Hinsicht bedeutend verschlimmert. Der Urin wird fast jede halbe Stunde gelassen, doch ist die jedesmalige Menge sehr klein. Beständiges Urinträufeln, und müssen die Kleider des Patienten 2—3 mal täglich gewechselt werden; in der Nacht wird das Bett durchnässt; mitunter erfolgt unwillkürlicher Stuhlgang, besonders ausserhalb des Hauses. Dabei soll das Befinden des Kindes in den letzten Monaten beträchtlich gelitten haben.

Status präsens: Schlecht genährter, blasser Knabe; Gewicht 38½ Pfund; Reflexe normal; keine Störung der Locomotion; keine senorischen Störungen; Organe des Thorax und Abdomens normal; die Blase ist stark ausgedehnt. Bei Druck auf dieselbe durch die Bauchdecken oder vom rectum, entleert sich eine ziemliche Menge hellen, klaren Urins; derselbe reagirt stark sauer; frei von Eiweiss und Zucker. In der Sacralgegend bemerkt man einen breit aufsitzenden, nicht stark vorspringenden Tumor; etwa in der Mitte desselben eine narbige Einziehung, welche im Centrum eine kleine grauweiss verfärbte Papille trägt. Die Geschwulst ist ziemlich prall und fluctuirt, transparent und pulsirend; die Tension nimmt beim Husten zu. Druck auf die Geschwulst ist leicht schmerzhaft, doch werden keine Zuckungen hervorgerufen; beim Drucke auf die Geschwulst entleert sich dieselbe, besonders leicht in der horizontalen Lage des Patienten. Beim vorsichtigen Palpiren gelingt es auch, die nicht geschlossenen Wirbelbögen zu erkennen.

Discussion. Dr. *A. Jacobi*: Man weiss nicht recht, ob in dem Falle, der augenscheinlich eine sehr tiefliegende Spina bifida ist, die erweiterte Blase eine Folge oder eine Complication derselben ist. Ich sollte denken, dass, wenn die Blasenerweiterung von der Spina bifida abhängen würde, dass dann der Sphincter nicht gelähmt wäre. Mir scheint daher, dass die Blase congenital weit ist. Solche weite Blasen sind gelegentlich doppelte Blasen. Es sollte ein Metallcatheter eingeführt und die Blase darauf hin untersucht werden.

2) Dr. *Freudenthal* stellt einen weiteren Fall von *Rheumatismus der Nase* vor.

Discussion. Dr. *Schapringer*: Die Krankheit wurde Rhinitis rheumatica genannt, zugleich aber in der Krankengeschichte ausdrücklich bemerkt, dass keinerlei Veränderungen in der Nase zu constatiren waren.

Ich möchte daher bemerken, dass der Ausdruck Rhinitis, der eigentlich einen entzündlichen Zustand bezeichnet, hier nicht am Platze ist und daher geändert werden sollte. — Dr. *Freudenthal*: Ich habe den Zustand nicht Rhinitis rheumatica genannt. Allein ich glaube doch, dass der Ausdruck zulässig ist, denn es giebt Entzündungszustände beim Rheumatismus der Nase und sogar die meisten Rheumatismusfälle der Nase sind entzündlicher Natur.

3) Dr. *Messmer*: Fall von *Hodensarcom.*

Dieser Patient ist 49 Jahre alt, Schneider. Seine Vorgeschichte ist belanglos. Er wurde im August 1899 im Mount Sinai Hospital von Dr. *Moschcowitz* wegen einer Geschwulst des rechten Hodens operirt. Letztere war in einen faustgrossen, harten, höckerigen Tumor verwandelt und wurde total exstirpirt. Lymphknotenschwellungen oder sonstige Complicationen bestanden damals nicht. Der Heilungsverlauf war ein glatter. Bei der microscopischen Untersuchung erwies sich der Tumor als grosses Rundzellensarcom. Ende des vorigen Jahres, d. h. ca. 1¼ Jahr nach der Operation, bemerkte Patient eine harte Masse in der rechten Darmbeingrube, die langsam zunahm. Vor 3 Wochen kam er in das Dispensary mit Klagen über allgemeine Schwäche, sowie Schwäche im rechten Bein.

Bei der Untersuchung findet man die rechte Darmbeingrube von einem kindskopfgrossen harten, höckerigen Tumor ausgefüllt. Derselbe sitzt der Innenfläche der Darmbeinschaufel breit auf. Die Contouren des Hüftbeins sind vollkommen erhalten. Die Geschwulst scheint vom Periost der Darmbeinschaufel auszugehen. Die Masse ist theilweise von Därmen überlagert, ist nur an ihrem medianen Rande auf Druck empfindlich. Sie ist vom Mastdarm aus undeutlich zu fühlen. Blasen- und Darmentleerung ist nicht gestört. Der Urin enthält kein Eiweiss, keinen Zucker. Es scheint beständiges leichtes Fieber zu bestehen, trotzdem ist das Allgemeinbefinden des Patienten noch ein verhältnissmässig gutes. Die Prognose ist schlecht. Die Geschwulst ist in dem Zeitraum von drei Monaten zu der jetzigen Grösse herangewachsen und hat in den wenigen Wochen, seit ich sie beobachtete, deutlich zugenommen. Der Tumor kann wohl kaum operativ entfernt werden. Einspritzung von *Coley*'scher Flüssigkeit wäre zu versuchen. Einstweilen bekommt der Patient kleine Dosen von Arsenik und Methylenblau.

4) Dr. *Manhheimer*: Fall von *Syphilis.*

Dieser Fall ist ein Gegenstück zu dem eben vorgestellten. Der 32-jährige Mann ist ebenfalls ein Patient Dr. *Messemer's;* ich stelle ihn vor, weil ich ihn vor 2½ Jahren in der Deutschen med. Gesellschaft vorgestellt habe und zwar unter einer falschen Diagnose. Ich möchte heute diesen Irrthum berichtigen. Damals lautete die Diagnose auf Sarcom des Darmbeines. Inzwischen hat sich aber herausgestellt, dass es sich hier um Knochensyphilis handelt, und zwar liegen hierfür folgende Anhaltspunkte vor. Patient hatte vor ca. 5 Jahren einen Ausschlag am Rücken, für den er in der syphilidologischen Abtheilung des Mt. Sinai Dispensary behandelt wurde. Vor 8 Monaten bekam er 2 pflaumengrosse, pralle, schmerzhafte Geschwülste am Stirnbein, sicherlich Gummata, und bald da-

rauf eine starke Periostitis des Unterkiefers auf der rechten Seite. Diese beiden Processe haben sich unter antisyphil. Behandlung zum grossen Theile zurückgebildet. Vergangenen Winter entwickelte sich eine doppelseitige Iritis und im weiteren Verlauf eine specifische Retinitis, wovon noch deutliche Spuren zurückgeblieben sind. Was nun die Affection des Hüftbeines anlangt, so war dieselbe vor ca. 2½—3 Jahren unter stark entzündlichen Erscheinungen aufgetreten, mit diffusem, prallem Odem des ganzen Beines und erheblicher Schwellung der linksseitigen inguinalen Lymphknoten. Das Oedem, sowie die Lymphknotenschwellung sind vollkommen verschwunden; die Knochenaffection selbst ist zum Stillstand gekommen. Dieselbe verhält sich ganz anders wie in Dr. *Messemer's* erstem Falle. Hier erscheint das Hüftbein sowohl von innen heraus aufgetrieben, als auch von unregelmässigen, periostitischen Auflagerungen besetzt, so dass es eine unförmliche Masse bildet. Das Hüftgelenk selbst ist frei, nur ist dessen vollkommene Beweglichkeit durch die Volumszunahme des Knochens etwas beeinträchtigt. Das Allgemeinbefinden des Patienten ist gut, er ist wohl im Stande, seiner Beschäftigung nachzugehen. Er hat nebenbei Nephroptosis und Gastroptosis und leichte Albuminurie. Die Behandlung konnte nicht mit der wünschenswerthen Gründlichkeit durchgeführt werden. Dr. *Messemer* wird Näheres darüber berichten. Ich zweifle indessen, ob auch eine energische antisyphilitische Behandlung Einfluss auf diese Eburneation des Knochens haben kann.

Discussion zu beiden Fällen. Dr. *Willy Meyer*: Das Hodensarcom ist ausserordentlich maligner Natur, weil es weniger local als nach inneren Organen recidivirt. Der Fall, den College *Mannheimer* vorgestellt hat, ist ausserordentlich interessant, es handelt sich um einen ausgeprägten Fall von Knochensyphilis. — Dr. *A. Foerster*: Wir beobachten bei der Exstirpation des sarcomatösen Ovariums ebenfalls schnelle Metastasenbildung. — Dr. *Moschcowitz*: Der Fall von Dr. *Messmer* war mir persönlich von ganz besonderem Interesse; der Fall war als geheilt aus dem Hospital entlassen worden, und nun zeigt er ein so enormes Recidiv. Die Hodentumoren geben eine äusserst schlechte Prognose. Ich habe nur einen einzigen Fall beobachtet, der auf längere Dauer geheilt blieb. — Dr. *Messmer*: Betreffs des zweiten Falles möchte ich betonen, dass der Mann grosse Gummata, besonders auch am Unterkiefer zeigte. Er wurde antiluetisch behandelt mit Jodkali und Quecksilber. Die Erscheinungen schwanden sehr rasch. — Dr. *Mannheimer*: Ich möchte die Herren fragen, ob die Einspritzungen von *Coley*'scher Flüssigkeit ganz aufgegeben worden sind? — Dr. *Foerster*: Diese Einspritzungen hatten auf die Dauer keinen Erfolg und sie sind gänzlich aufgegeben worden. — Dr. *Willy Meyer*: Ich möchte die letzte Bemerkung nicht gänzlich unterschreiben. Dr. *Coley* braucht sie immer noch, und diese Art der Behandlung ist noch nicht ad acta gelegt.

5) Dr. *Einhorn*: *Fall von Leberlues.*

Es handelt sich um eine Patientin, die im Februar des vorigen Jahres an heftigen Schmerzen in der rechten Seite erkrankte und damit verbunden an Icterus. Letzterer wurde chronisch und die Schmerzen blieben

mehr oder weniger heftig bestehen. Der Icterus entstand etwa einen Monat vor einer Entbindung. Im August kam Patientin zu mir. Ich fand keinen Gallenfarbstoff im Urin und in den Faeces. Die Leber war colossal vergrössert und zeigte an der Oberfläche einige Höcker. Pat. hatte damals ungefähr 28 Pfund abgenommen und war sehr schwach und elend. Der Tumor machte damals beinahe den Eindruck einer malignen Neubildung, ich wandte zunächst eine auf Gallensteine gerichtete Behandlung an, doch ohne jeden Erfolg, der Zustand blieb vielmehr derselbe. Allein ich konnte constatiren, dass sich die Pat. innerhalb eines Monates nicht wesentlich verschlechterte und daraufhin machte ich den Versuch, sit mit Jodkali zu behandeln, obgleich in der Geschichte nichts Wesentliches auf Lues hinwies. Die lange Zeit fortgesetzte antiluetische Behandlung war von sehr günstiger Wirkung. Die Pat. ist jetzt kaum mehr icterisch, die Leber ist ein klein wenig kleiner geworden und die Höcker sind nicht mehr so scharf hervortretend. Die Leber ist auch jetzt noch sehr vergrössert, reicht noch bis beinahe zum Nabel herunter. Man fühlt auch jetzt noch an einigen Stellen Erhabenheiten, die jedoch nicht mehr so hart und derb sind wie früher. Bei einer kürzlich vorgenommenen Blutuntersuchung fanden wir, dass die Lymphocyten über 50 Procent der Leucocyten ausmachten, auch die eosinophilen Zellen waren bedeutend vermehrt. Der letztere Umstand weist auf eine luetische Affection hin.

Discussion. Dr. *A. Jacobi*: Sind irgend welche andere Erscheinungen von Syphilis da? — Dr. *Einhorn*: Nur die Leber ist vergrössert. — Dr. *A. Jacobi*: Die sehr grosse und verhärtete Leber soll also das einzige Organ sein, an dem die Syphilis Erscheinungen machte. Ist dies nicht ausserordentlich selten? — Dr. *Einhorn*: Dies ist selten, aber solche Fälle kommen vor. — Dr. *A. Jacobi*: Wir sollen uns hüten, aus dem Umstand, dass ein Zustand mit Jodkali besser wird, zu schliessen, dass dann Syphilis vorliegt. Das wäre ein grosser Irrthum. Eine grosse Anzahl solcher hyperplasirender Zustände wird auf Jodkali hin besser, ohne dass dieselben mit Syphilis etwas zu thun haben. Ich habe daher auch in diesem Falle meine Zweifel, ob derselbe syphilitischer Natur ist. — Dr. *Mannheimer*: Ich glaube, jetzt kann man an der Leber nicht mehr feststellen, dass dieselbe syphilitisch war. — Dr. *Einhorn*: Was gegen einfache Cirrhose spricht, ist der Umstand, dass in diesem Falle wirkliche Höcker vorhanden sind. Ich kenne keine Neubildung an der Leber ausser der syphilitischen, die höckerig ist und auf Jodkali verschwindet. Ausserdem erwähnte ich, dass die Blutuntersuchung Anhaltspunkte für Syphilis ergab. Ich glaube nicht, dass ich irgend eine andere Diagnose hätte stelen können. — Dr. *A. Jacobi*: Es giebt Cirrhosen, die genau der Beschreibung entsprechen, wie sie Dr. *Einhorn* hier gegeben hat. Ich habe vor ca. 30 Jahren eine Dame beobachtet, die 11 Jahre zuvor an der Leber mit schwerem Ascites erkrankt war. Die Leber war gross und höckerig, und ich konnte keine andere Diagnose stellen, wie Dr. *Einhorn*. Die Dame war zuvor bei *Friedreich* gewesen und dieser hatte zweimal die Diagnose Lebercirrhose gestellt. Pat. kam zur Section, und die Diagnose Leber-

cirrhose bestätigte sich. Pat. hatte beinahe 20 Jahre lang mit ihrer Cirrhose gelebt.

6) Dr. *Willy Meyer*: Dieser junge Mann hier hat vor zwei Jahren eine schwere Erkrankung durchgemacht und ist erst nach längerem Leiden wieder hergestellt worden. Vor zwei Jahren war er am rechten Ohr operirt worden, hatte sehr schwere Gehirnerscheinungen gezeigt, so dass man an Sinusthrombose und Gehirnabscess dachte. Wenige Tage später zeigte sich am linken Bein eine diffuse Schwellung, die unter Schüttelfrost aufgetreten war. Man dachte sofort an Pyaemie. Die Incision ergab nur sehr wenig trübes Serum. Das Fieber hielt an. Im Verlaufe der nächsten 48 Stunden konnte deutlich nachgewiesen werden, dass die Vena jugularis anschwoll. Radicaloperation. Der Eiter enthaltende Sinus wurde eröffnet und durch eine breite Incision die Vena jugularis freigelegt. Die Vena jugularis wurde zum grössten Theil exstirpirt. Später trat beiderseitige exsudative Pleuritis auf; auch davon genas Pat. Es blieb aber eine tiefe Fistel zurück, die im vorigen Jahre durch Operation geschlossen wurde.

Discussion. Dr. *E. Fridenberg*: Pat. und seine Aerzte sind in diesem Falle zu beglückwünschen. Eine andere Frage aber ist die, ob dieser ganze Krankheitsprocess nicht wäre zu verhindern gewesen, wenn eine frühzeitige Mastoidoperation ausgeführt worden wäre. Ich möchte bloss vor der Warzenfortsatzbehandlung mit Eis warnen, die ja ganz befriedigende Resultate geben kann. Die Symptome schwinden oft schnell, aber nur temporär und in der Tiefe kriecht die Entzündung sehr schnell fort und zwar nach innen zu.

7) Dr. *Willy Meyer*: *Zwei Fälle von totaler Ureterexstirpation.* (Diese Fälle sind in der Festschrift zum 70. Geburtstage von Dr. *A. Jacobi* beschrieben.)

Discussion. Dr. *Heitzmann*: Ich möchte nur auf die Nothwendigkeit von öfteren und sehr sorgfältig ausgeführten Harnuntersuchungen in solchen Fällen hinweisen. Es ist nicht unmöglich, die Diagnose eines Uretergeschwüres durch die Harnuntersuchung zu stellen, und ich glaube, dass auch in diesem Falle dies vor der ersten Operation hätte geschehen können. Es ist mir gerade ein Fall in Erinnerung, den ich vor ungefähr 1½ Jahre gesehen habe. Es handelte sich um ein junges Mädchen, bei welchem die Symptome absolut keine richtige Diagnose ermöglichten und bei welchem die Harnuntersuchung mit positiver Gewissheit eine Geschwürsbildung im Bereiche des einen Ureters nachwies. Leider war die Pat. damals in einem so desolaten Zustand, dass an eine Operation nicht gedacht werden konnte. Pat. starb, und durch die Autopsie wurde die Richtigkeit der Diagnose Uretergeschwür erwiesen. — Dr. *Willy Meyer*: In den beiden Fällen hatte es sich nicht um Geschwüre, sondern um abgelaufene Geschwüre und die daraus resultirenden Stricturen gehandelt.

8) Dr. *Willy Meyer*: Die Pat. hier ist 43 Jahre alt und hatte mit 18 Jahren einmal geboren. Im Jahre 1894 wurde an ihr von einem hiesigen Collegen die vaginale Hysterectomie ausgeführt, 5 Wochen später

wurden die beiden Ovarien von oben entfernt, und nach weiteren 5 Wochen die linke Niere, die beweglich gewesen sein soll. Wie Pat. nach 3 Monaten vom Bette aufstand, hatte sie einen Bauchbruch. Diesen trug sie 4 Jahre mit sich herum, bis er von Dr. *Lange* operirt wurde. Der Erfolg dieser Operation war ein sehr guter. Pat. war ein Jahr lang von allen Beschwerden vollkommen frei. Nach dieser Zeit trug sie einen Eimer Kohlen aus dem Keller und da trat die Hernie wieder auf. Sie kam dann mit einer colossalen Hernie in das Deutsche Hospital, wo sie wiederum operirt wurde. Im verflossenen Sommer bekam die Pat. Nachts Erbrechen und plötzlich trat die Hernie wieder auf.

Discussion. Dr. *Foerster*: Sicher ist die Methode, das Omentum zum Verschluss zu benützen, originell, allein ich glaube nicht, dass dadurch auf die Dauer Schutz genug geboten wird. — Dr. *Mannheimer*: Ich möchte nur fragen, ob die Beschwerden bei den Ventralhernien so heftig sind, dass Bauchbinden keine Erleichterung schaffen? — Dr. *Willy Meyer*: Es war in diesem Falle positiv unmöglich, die Musculi rect. in der Mitte wieder zusammenzubringen. Die Schmerzen sind bei solchen colossalen Ventralhernien, wenn Omentum mit den Därmen verwachsen sind, ganz enorme.

Sitzung vom 26. *April* 1901.

Vorsitzender: Dr. *Langmann.*

Vorstellung von Patienten.

1) Dr. *A. Jacobi*: Das Kind hier ist 4 Monate alt und zeigt eine uncomplicirte *Meningocele,* die ca. 3 cm unterhalb der kleinen Fontanelle aus der Medianlinie des Hinterhauptbeins hervorragt. Die Geschwulst ist etwas mehr wie wallnussgross und ihr Durchmesser an der Basis beträgt etwa ⅓ des Umfanges. Bei der Compression entleert sich die Geschwulst nicht und die grosse Fontanelle scheint nicht anzuschwellen. Das Kind zeigt ausser der durch den Druck verursachten Unbehaglichkeit keinerlei Symptome. Die Behaarung über der Geschwulst ist mangelhaft, jedoch an keiner Stelle gänzlich fehlend. Das Röntgenbild zeigt eine Knochenlücke von etwa 1 cm Durchmesser, deren Ränder ein wenig verdickt erscheinen. Es ist sehr wahrscheinlich, dass sich diese Lücke allmählich noch verkleinern und die Meningocele sich als Cyste abscheiden wird. Solche Fälle sind auch schon operativ behandelt worden und zwar mit Erfolg; es ist jedoch zu bedauern, dass gewöhnlich nur über die erfolgreich operirten Fälle berichtet wird und nicht auch über die ungünstig verlaufenen.

2) Dr. *Sara Welt-Kakels*:

Die 3 Jahre und 10 Monate alte M. L. kam vor wenigen Tagen in meine Behandlung. Die Anamnese ergiebt, dass beide Eltern vollkommen gesund sind; kein Potus, keine Lues. Von 7 Kindern sind 6 gesund; kein Abortus. Weder in der unmittelbaren, noch entfernteren Verwandtschaft, in dieser oder vorausgegangenen Generation, soll ein ähnliches Leiden bestanden haben. Unsere kleine Patientin ist ein Zwillingskind; wurde im 7. Schwangerschaftsmonate ohne instrumentelle Hülfe in Steisslage geboren;

die Entbindung dauerte eine halbe Stunde. Im 2. Jahre hatte sie eine leichte Attaque von Masern, und im 3. Jahre Keuchhusten. Das Kind begann erst im 3. Jahre sprechen zu lernen; sie machte die ersten Gehversuche, als sie 3 Jahre alt war; sie soll niemals an Krämpfen gelitten haben. Nach der Angabe der Mutter ist das Kind sehr intelligent und ihr Allgemeinbefinden ein vorzügliches.

Status praesens: Wohlgenährt aussehendes Kind; Organe des Thorax und Abdomens normal; an den Augen ist nichts Abnormes zu bemerken; die Pupillen reagiren gut; kein Nystagums; kein Strabismus; keine Beschwerden beim Kauen und Schlucken. Arme, Kopf und Rücken sind frei; keine Sensibilitäts- oder Ernährungsstörungen. Electromusculäre Contractilität ist erhalten. Die Sehnenreflexe sind stark erhöht, besonders die Patillarreflexe. Mitunter erhält man deutliche directe Achillessehnenreflexe, doch ist mitunter der Fussclonus wegen stärkerer Muskelspannung schwer hervorzurufen. Von Interesse ist die Haltung der unteren Extremitäten. Hüft- und Kniegelenke sind in Beugestellung; dabei sind die Oberschenkel so stark adducirt, dass sie sich kreuzen; die Füsse sind in Pes equinusstellung. Versucht man, passive Bewegungen an den Beinen vorzunehmen, so stösst man auf deutlichen Muskelwiderstand. Sehr characteristisch ist die Haltung der Patientin. Im Sitzen wird der Stamm vorübergebeugt um das Gleichgewicht zu erhalten. Im Liegen schweben die Beine in der Luft. Der Gang der Patienten ist spastisch. Die Beine sind steif und kreuzen sich. Die Füsse kleben mit den Spitzen am Boden. Die Kraft der Sphincteren ist nicht vermindert.

3) Dr. *A. Jacobi*: *Fall von Hemmungsbildung.*

Es handelt sich um das Fehlen des Radius am rechten Arm; das Ellenbogengelenk ist in gutem Zustand. Die rechte Hand ist schmäler als die linke und hat nur 4 Finger. Die dritte Phalanx des 1. Fingers ist gespalten und es sind hier zwei Fingernägel vorhanden. Es wird sich wohl um zwei Knochen handeln. Der Daumen fehlt entsprechend der Abwesenheit des Radius. (Das Kind wird mit dem Röntgenapparat demonstrirt.)

4) Dr. *Freudenthal*: *Pachydermia laryngis.*

Dieser Herr hier ist ein 40jähriger Kaufmann aus Troy, N. Y. Er erkrankte vor etwa 9—10 Monaten mit Heiserkeit und Schmerzen im Larynx. Nachdem er einige Wochen von seinem Hausarzt behandelt worden war, ging er nach Albany, N. Y., wo er einen Specialcollegen, Dr. T., consultirte. Dieser constatirte ein Ulcus im Larynx, erklärte den Zustand für Larynxtuberculose und schickte ihn nach einigen Wochen nach Denver, Col. Auf dem Wege dorthin consultirte jedoch Pat. in Chicago einen anderen Specialisten, Dr. *Fl. J.*, der kein Ulcus sah und den Zustand für *nicht tuberculös* erklärte. Dr. J. behandelte ihn angeblich 6—8 Wochen und gab ihm Jodkalium. Da Patient sich aber gar nicht besser fühlte, so kam er nach New York, wo er mehrere Specialisten, unter Anderen Dr. *Gleitsmann*, sah und schliesslich zu mir kam. Herr Dr. *Gleitsmann* wird Ihnen vielleicht selber seine Ansicht über diesen Fall mittheilen. Für mich lag der Fall folgendermaassen: Ich sah im Larynx eine Narbe auf

dem rechten Taschenbande, in der Nähe des Processus vocalis bestand eine leichte Aushöhlung des rechten Stimmbandes, der eine Verdickung der anderen Seite entsprach. Der linke Aryknorpel war deutlich oedematös, der rechte weniger. Dabei bestanden diffuse Verdickungen an verschiedenen Stellen des Kehlkopfes und die ganze Schleimhaut war bräunlich röthlich. Die Bewegung der Stimmbänder nach aussen war sehr behindert. Es war eine leichte Bronchitis vorhanden, die aber nach einigen Tagen vollständig verschwand. Jetzt ist auf der Brust nichts Abnormes zu hören. Das Sputum wurde 5 Mal untersucht, aber stets mit negativem Resultate. Die Stimme ist natürlich heiser und rauh. Der Appetit ist gut, kein Fieber, keine Nachtschweisse und Pat. hat an Gewicht zugenommen.

Was ist nun die Grundlage dieser pathologischen Veränderungen? Ist es Lues? Diese ist wohl mit Sicherheit auszuschliessen. Denn 1) hat sich Pat. nie einer Infection ausgesetzt; 2) sind keine Zeichen von hereditärer oder acquirirter Lues zu finden und 3) wurde er bereits antiluetisch behandelt, aber ohne jeden Erfolg. Oder ist es Tuberculose? Ich kann mich auch dieser Ansicht nicht anschliessen. Wenn wir es hier mit Tuberculose zu thun hätten, so könnte es nur *primäre* Larynxtuberculose sein. Dann müsste aber der Process nach 10-monatlichem Bestehen weitere Fortschritte gemacht haben. Das ist ja kein *latenter* Process, sondern eine acute Attacke, die mit Fieber und Schmerzen anfing und acut weiter schritt. Wäre die vermeintliche Larynxtuberculose sehr bald nach ihrem Auftreten latent geworden, dann könnten wir unmöglich schon so weit vorgeschrittene Veränderungen haben. Es wären höchstens einige wenige Abweichungen vom Normalen zu sehen. Ferner entspricht die ganze Farbenzusammenstellung nicht dem Bilde der Tuberculose. Es ist also nicht Tuberculose, sondern chron. diffuse Pachydermie des Larynx, was wir vor uns haben, und das können wir uns ziemlich ungezwungen erklären. Ich muss zur Anamnese hinzufügen, dass Pat. schon seit mindestens 10 Jahren eine rauhe Stimme hatte. Seine Kehle war ausserdem sehr empfindlich, so dass wenn der Barbier ihm beim Rasiren nur ein wenig unvorsichtig den Kehlkopf berührte, er einen fürchterlichen Hustenreiz bekam. Pat. musste auch deswegen das Rauchen ganz aufgeben. Wir können also mit Sicherheit annehmen, dass er seit vielen Jahren an einer chron. Laryngitis litt. Zu dieser gesellte sich nun der acute pachydermische Process, der mit Schmerzen und Geschwürsbildung einsetzte. Dies ist ein Vorgang, der wiederholt beschrieben wurde, und es unterliegt keinem Zweifel, dass Dr. T. in Albany wirklich ein Ulcus vor sich hatte. Als Pat. dann nach Chicago kam, war dasselbe schon verheilt und der dortige College konnte keines mehr entdecken und entschied sich daher gegen Tuberculose. Wir haben hier nicht das klassische Bild der Pachydermie vor uns, sondern, wie gesagt, die seltenere Form, und wir müssen einfach per exclusionem die Diagnose auf P. stellen. Lues ist es nicht, Tuberculose kann es nicht sein, denn es fehlt das Fieber, es fehlen Nachtschweisse, es fehlen Bacillen, es fehlen Schmerzen und es fehlt jedes Zeichen von Tuberculose der Lungen; es kann also nichts anderes sein als Pachydermie.

Discussion. Dr. *Meierhof*: Ich habe den Fall am Mittwoch gesehen. Ich war der Ansicht, dass, wenn es sich in diesem Falle um Tuberculose handelt, wir es doch nicht mit einem ausgesprochenen Falle zu thun haben. Was zunächst die Anamnese anbelangt, so ist der Mann schon lange Zeit leidend, vielleicht hatte er schon früher an Kehlkopfcatarrhen gelitten. Pat. sieht ausserordentlich gut aus für einen Menschen, der an Tuberculose leidet. Wenn wir letztere annehmen, so müsste der Mann eigentlich um diese Zeit auch schon andere Symptome aufweisen. Wenn wir die Schleimhäute betrachten, so sehen dieselben nicht blass aus, weder in der Mundhöhle, noch sonst irgendwo; im Gegentheil zeigen die Schleimhäute eine rothe Farbe. Die Verdickung an den Stimmbändern und Taschenbändern bestehen wahrscheinlich schon seit längerer Zeit; die Aryknorpel sind nicht verdickt, sondern nur oedematös. Ich bin der Meinung, dass wir es hier mit Pachydermie zu thun haben. — Dr. *Gleitsmann*: Ich habe den Fall vor ca. 6 Wochen gesehen und habe mich damals in einem Briefe an den behandelnden Arzt in Albany dahin ausgesprochen, dass ich den Fall für Tuberculose halte, und dieser Ansicht bin ich heute noch. Die Dauer des Leidens und das Aussehen des Pat. spricht nicht gegen Tuberculose, denn wir wissen nicht, wie derselbe früher, vor 6 oder 9 Monaten, aussah. Dass keine Tuberkelbacillen gefunden wurden, beweist ebenfalls nichts gegen Tuberculose, da man von einer intacten Schleimhautfläche eben keine Tuberkelbacillen bekommen kann. Was das Allgemeinbefinden des Pat. anbelangt, so sehen wir auch bei anderen malignen Leiden, die sehr langsam fortschreiten, gutes Allgemeinbefinden. Es handelt sich ferner in diesem Falle um wirkliche Infiltrationen, nicht um Oedeme; wir haben es mit der characteristischen Schwellung zu thun, die wir sonst als Tuberculose ansprechen. Der Befund auf der rechten Innenseite des Kehlkopfes ist Röthung und Schwellung des Stimmbandes. Ein Umstand, der möglicher Weise gegen Tuberculose sprechen könnte, ist der, dass bei ein- oder beiderseitiger tuberculöser Infiltration der Aryknorpel die Beweglichkeit der Stimmbänder nur sehr wenig oder gar nicht beeinträchtigt ist. Wir haben dann nicht das Bild, wie wir es bei beginnender Carcinose sehen, bei welcher die eine afficirte Larynxhälfte weniger frei beweglich ist wie die andere. Dies ist aber hier in diesem Falle in ganz ausgesprochener Weise zu beobachten. Selbst wenn ich mich in diesem Falle nicht für Tuberculose erklären könnte, würde ich der Diagnose Pachydermie nicht zustimmen. Ich würde dann eher glauben, dass es sich um eine Gelenkerkrankung des Cricoarythenoidalgelenkes entzündlichen Characters handele: wir wissen nämlich, dass solche entzündliche Processe in ähnlicher Weise verlaufen. Wenn mir bei der ersten und einzigen Untersuchung irgend ein Zweifel gekommen wäre, ob es sich um Tuberculose handle oder nicht, so würde ich mir innerhalb 24 Stunden durch Einspritzung von Tuberculin Gewissheit verschafft haben. — Dr. *Freudenthal*: Die Diagnose der Larynxtuberculose im Beginne gehört wohl mit zu den schwierigsten. Ein solcher Fall eignet sich eigentlich auch nicht zur Demonstration. Pat. war sehr aufgeregt und hatte eine solche Menge Schleim im Kehlkopf wie nie zuvor. Dr. *Gleitsmann* meint, wir wissen nicht, wie der Process vor 9

Monaten begonnen hat. Dies ist richtig, allein wir können dahingehende Schlüsse ziehen. Wir wissen, dass der Mann seit 10 Monaten Reizerscheinungen im Kehlkopfe hat, es war also damals schon ein pathologischer Process im Kehlkopf vorhanden. Dieser Process fing mit Ulcerationen an und erstreckte sich dann über den ganzen Larynx. Bei 10monatlicher Tuberculose müsste doch die Farbe des Kehlkopfes eine ganz andere sein. Ich selbst habe noch keinen Fall von primärer Kehlkopftuberculose gesehen, allein wir müssen doch sagen, dass jetzt nach 10 Monaten die Verhältnisse doch anders sein müssten. Es lag in diesem Falle früher ein wirkliches Oedem vor, obwohl heute das Bild etwas anders aussah. — Dr. *Gleitsmann*: Da der Fall also bezüglich der Diagnose unklar ist, so möchte ich vorschlagen, ein Stück abzuzwicken und dasselbe untersuchen zu lassen. — Dr. *Freudenthal*: Ich hatte vor ca. 2 Jahren einen Fall beobachtet, der ein ganz ähnliches Bild darbot. Ich stellte damals auch die Diagnose auf Pachydermie. Ein College entfernte ein Stück zur Untersuchung. Zufälligerweise verschlimmerte sich darnach der Zustand des Patienten, und derselbe hatte die Absicht, den Collegen zu verklagen. Jedenfalls muss man mit der Entfernung solcher Stückchen in dieser Beziehung sehr vorsichtig sein.

5) Dr. *A. Schapringer* stellt einen 28jährigen Mann mit *verticalem Nystagmus* des linken Auges vor.

Abraham N., aus Russland gebürtig, Zuschneider, trat vor Kurzem wegen eines Meibomischen Drüsenabscesses des rechten untern Augenlids in Behandlung. Der Abscess wurde durch Incision prompt geheilt. Der Nystagmus des linken Bulbus war ein Nebenbefund der Augenuntersuchung. Beiderseits besteht Hypermetropie (2.75 D), auf dem rechten Auge beträgt die Sehschärfe $^{20}/_{30}$, auf dem linken blos $^{20}/_{200}$. Als Knabe hat Pat. mit dem linken Auge eine Zeit lang stark nach einwärts geschielt, doch hat sich dieses Schielen spontan bis auf einen geringen, kaum merklichen Rest wieder gehoben. Die Richtung der Schwingungen des linken Bulbus ist vertical. Sie sind wenig ausgiebig, häufig von Ruhepausen unterbrochen und ist aus diesem Grunde die Anwesenheit des Nystagmus nicht immer leicht zu constatiren. Bei einseitigem Nystagmus ist die Schwingungsrichtung in der überwiegenden Anzahl der Fälle die verticale. Vortr. erinnert an zwei andere Fälle dieser seltenen Nystagmusform, die er in früheren Sitzungen, und zwar im März und September 1900, vorzustellen Gelegenheit hatte (s. Sitzungsberichte in der N. Y. Med. Monatsschr., November 1900 und März 1901). Bei einseitigem Nystagmus kann man, wenn die Beobachtungszeit nur beharrlich genug ausgedehnt wird, gewöhnlich auch am zweiten Auge gelegentliche zitternde Bewegungen nachweisen, meistens in derselben Richtung wie am ersten Auge, manchmal aber ist die Richtung eine verschiedene, dissociirte. Bei dem heute vorgestellten Pat. hat Vortr. bisher am rechten Auge keinen Nystagmus nachweisen können; freilich war aus äusseren Gründen die auf die Untersuchung verwendete Zeit eine nicht besonders ausgedehnte. Sollte bei länger fortgesetzter Beobachtung das rechte Auge sich als absolut frei von nystagmischen Zuckungen erweisen, so würde dies den Fall zu einem ausserordentlich seltenen stempeln. Beim gewöhnlichen Blick mit beiden

Augen offen merkt Pat. kein Zittern in seinem Gesichtsfeld, wird jedoch das rechte Auge durch Verdecken vom Sehact ausgeschlossen, tritt für ihn eine senkrecht zitternde Bewegung der Sehobjecte ein.

Discussion. Dr. *Guttman*: Der Fall macht mir den Eindruck, dass es sich um ein Auge handelt, dessen Innervation überhaupt eine degenerirte ist. Es besteht eine Parese des Internus und das Auge ist amblyopisch. Wir sind Dr. *Schapringer* sehr zum Danke verpflichtet, dass er unsere Aufmerksamkeit auf diese Fälle gerichtet hat.

Vorzeigen von Präparaten.

1) Dr. *A. Jacobi*: Das Präparat stammt von einem 7 Jahre alten Kinde, das vor mehr als 4 Jahren zuerst in Beobachtung kam. Das Kind war damals drei Jahre alt, hustete nicht, hatte aufgetriebenen Leib, der jedoch nicht schmerzhaft war, keine erweiterten Venen an der Oberfläche des Bauches. Die Drüsen waren, mit Ausnahme einiger kleiner Inguinallymphknoten, nicht zu fühlen. Es bestand leichte Dämpfung auf der rechten Brustseite, kein Husten, kein Auswurf. Das Kind hatte in der letzten Zeit etwas abgenommen, befand sich aber wohl, ass und trank. Ueber dem ganzen Bauch war Fluctuation in jeder Richtung zu fühlen. Die Diagnose wurde auf peritoneale Tuberculose gestellt und die Flüssigkeit für Ascites gehalten. Durch Punction wurden zwei Quart einer leicht blutig gefärbten, serösen Flüssigkeit entleert. Der Bauch fiel ein, das Kind befand sich wohl und blieb zwei Jahre vollständig gesund. Dann kam es wieder mit dem dicken fluctuirenden Bauch und der leichten Dämpfung in Behandlung. Es wurde wieder dieselbe Diagnose wie früher gestellt. Abermalige Punction mit dem gleichen Resultate wie zwei Jahre zuvor. Vor ungefähr ¼ Jahre kam es wieder mit denselben Erscheinungen zur Beobachtung, und wiederum war die Diagnose die gleiche. Ich nahm dann das Kind zur weiteren Beobachtung in das Hospital auf. Der Bauch nahm zu, ich aspirirte, bekam aber nicht mehr wie etwa 300 ccm Flüssigkeit ähnlicher Zusammensetzung wie früher. Das Kind war unterdessen ganz wohl, hatte niemals Fieber. Als dann der Bauch wieder anschwoll, wurde die Laparotomie gemacht. Bei dieser fand sich kein Ascites, sondern eine grosse Cyste, die den ganzen Bauch ausfüllte. Die Cyste bestand aus einer dünnen Membran und serösem Inhalt, der mit einer schleimigen Masse gemischt war. Die Cyste adhärirte nirgends, war frei in der Bauchhöhle und hing an zwei Stellen nur mit dem Omentum in der Gegend des Magens zusammen. Was den Fall interessant macht, ist die constant falsch gestellte Diagnose. Das Kind machte eine gute Reconvalescenz durch und wurde geheilt aus dem Hospital entlassen.

Discussion. Dr. *Wiener* macht darauf aufmerksam, dass aus der Literatur noch kein Fall bekannt geworden ist, bei welchem die Diagnose Netzcyste vor der Operation gestellt worden war.

2) Dr. *Wiener*: Demonstration einer *exstirpirten Niere.*

Discussion. Dr. *Libman*: Als ich die Niere bei der Operation sah, wusste ich noch nichts über die Geschichte des Falles. Jetzt glaube ich, dass es sich wahrscheinlich um einen Fall von kryptogenetischer Septicaemie handelt. — Dr. *Klotz*: Wenn ich recht verstanden habe, kam Dr.

Wiener zur Diagnose Pyelonephritis. Ich möchte fragen, in welchem Zustande das Nierenbecken war; ich glaube nämlich nicht, dass der Ausdruck Pyelonephritis in diesem Falle gerechtfertigt ist. — Dr. *Libman*: Das Nierenbecken war ganz gesund, es waren nur Haemorrhagien vorhanden. Ich glaube daher ebenfalls nicht, dass es sich um Pyelonephritis handelte. — Dr. *Heiman*: Es würde auch interessant gewesen sein, wenn eine Blutuntersuchung vorgenommen worden wäre. Auch hätte der Harn auf Peptone untersucht werden sollen. — Dr. *Wiener*: Was die Bemerkung von Dr. *Heiman* betrifft, so möchte ich sagen, dass keine Blutuntersuchung gemacht worden ist und auch nicht der Harn auf Peptone untersucht wurde. Der Junge hatte entweder an Tonsillitis oder an irgend einer anderen Infectionskrankheit gelitten. Was die Aetiologie anbelangt, so muss ich Dr. *Libman* vollkommen beistimmen. Ich glaube auch nicht, dass die Blutuntersuchung etwas Besonderes ergeben hätte.

Sitzung vom 24. Mai 1901.

Vorsitzender: Dr. *W. Balser.*

Vorstellung von Patienten.

1) Dr. *A. Jacobi*: Dieses Kind hier ist 5 Wochen alt. Die Mutter hat vorher 4 Kinder gehabt, die alle gut entwickelt sind. Das Kind hier ist sehr klein, es wiegt etwa 5 Pfund und war bis jetzt mit condensirter Milch genährt worden. An dem Kinde fällt zunächst der Kopf auf. Derselbe ist im Verhältniss nicht zu klein, scheint jedoch seitwärts zusammengedrückt, ist mehr lang wie breit. Man kann den Finger in jede der Suturen legen. Die Lamdanaht ist sehr breit. Es findet sich ferner eine Geschwulst, die gebildet wird vom Rande des Stirnbeins und von einer aufgetriebenen Masse, die sich elastisch anfühlt. Es ist mir nicht gelungen, den Puls hindurch zu fühlen. Es handelt sich also hier um eine Ansammlung von Cerebrospinalliquor. Das Ganze macht den Eindruck einer unvollständigen Entwicklung der Schädelknochen. Ausserdem ist eine gewaltige Spina bifida vorhanden, die sich etwa vom 9. Rückenwirbel bis zum 4. Lendenwirbel erstreckt. Durch Beleuchtung mit Röntgenstrahlen wird der objective Befund deutlich bestätigt. Die Haut über der Spina bifida ist an einzelnen Stellen atrophisch.

2) Dr. *A. Jacobi*: Dieses Kind hier hat eine eigenthümliche *Missbildung*, die ausserordentlich selten zu sein scheint. Das Kind ist 17 Monate alt. Sein Nasenrücken ist stark geschwollen und an dem unteren Ende der Schwellung findet sich eine sehr feine Oeffnung, aus der sich häufig eine Flüssigkeit von fettiger Natur entleert. Microscopisch finden sich nur Plattenepithelien. Es handelt sich um eine Cyste des Nasenrückens. Wie ist nun die Entstehung einer derartigen Cyste zu erklären? Diese Cysten sind ohne allen Zweifel das Resultat einer Einstülpung der hinteren Cerebral- und Spinalrinne, die am häufigsten in der Richtung der Glabella stattfindet. Die Cysten finden sich immer in der Medianlinie.

Discussion. Dr. *Willy Meyer*: Der Fall ist sicherlich von ausserordentlich grossem Interesse und zwar desshalb, weil die Cyste gerade in

der Mittellinie liegt und ausserdem eine Oeffnung besitzt. Die Dermoide am Auge und am Nasenrücken sind ja ausserordentlich häufig. — Dr. *A. Jacobi*: Von Interesse ist die Thatsache, dass es sich um eine Cyste handelt, die ursprünglich sozusagen rückwärts gelegen war, die von der Spinalrinne aus sich gebildet und abgeschnürt hat. Mit Bezug auf eine etwaige Operation möchte ich bemerken, dass es sehr wahrscheinlich ist, dass sich die Cyste einmal entzünden wird, und es wäre denkbar, dass dann möglicherweise mehr Sicherheit für eine Operation gegeben ist, als zur Zeit, wo noch eine ziemlich breite Communication nach innen zu bestehen scheint. — Dr. *Willy Meyer*: Ich möchte Dr. *A. Jacobi* fragen, ob er sich vorstellt, dass hier ein Defect am knöchernen Schädel existirt. — Dr. *A. Jacobi*: Nein, mir scheint, als ob die Masse sich heruntergeschoben habe von der Glabella und jetzt die beiden Nasenbein auseinanderhält.

3) Dr. *Moschcowitz*: *Fall von alter Pyonephrose und Vereiterung der rechten Niere.*

Chirurgen sind manchesmal, wie in diesem Falle, gezwungen, Patienten mit Narben zu demonstriren; aber auch jetzt, da die Patientin lebt, bietet der Fall genügendes Interesse, um ihn vorzustellen.

Patientin C. L. ist 21 Jahre alt und seit einem Jahre verheirathet, wurde im Mount Sinai Hospital am 8. März, spät in der Nacht, aufgenommen. Anamnese war folgende: Soll vor einem Jahre Malaria gehabt haben; nachher vollständig wohl bis vor 6 Monaten, zu welcher Zeit angeblich wieder Malaria, damals auch ein Abortus im zweiten Monate. Seither vollständig wohl, mit Ausnahme häufigeren Harndranges in letzter Zeit, den sie der bestehenden Schwangerschaft zuschreibt. Vor drei Tagen plötzlich starke Schmerzen im linken Hypochondrium; am nächsten Morgen Schüttelfrost von 10 Minuten mit 102 Temperatur; einige Stunden später ein zweiter Schüttelfrost von 15 Minuten mit sehr grossen Schmerzen im linken Hypochondrium und in der linken Lumbalgegend. Seither Schmerzen constant in abwechselnder Stärke; beständiges Erbrechen. Seit 3 Tagen absolut keine Harnentleerung. Ein Cathetrismus am zweiten Tage lieferte etwa 30 ccm einer eitrigen, nicht urinösen Flüssigkeit, und am selben Abend wieder etwa 4 ccm.

Status praesens: Patientin zeigte bei der Aufnahme das Bild einer ausserordentlich schwer Kranken; Expirationsluft urinös, selbst in weiter Entfernung. Regio suprapubica auf Percussion tympanitisch; Uterus ist etwa faustgross anteflectirt; an seiner rechten Seite eine etwa Hühnerei grosse Schwellung, leicht empfindlich. Im linken Hypochondrium und in der correspondirenden Lumbalgegend ein etwa Kindskopf grosser Tumor, welcher so empfindlich und schmerzhaft ist, dass seine genaue Palpation und Definition unmöglich ist. Eine leichte Schmerzhaftigkeit auch in der rechten Nierengegend; diese Niere nicht palpabel. Temperatur 101.8, Puls 120, Resp. 40. Sine Catheterisation ergab 4 ccm einer milchigen Flüssigkeit, macroscopisch massenhaft Eiter, chemisch auch nicht die geringste Spur von Harnstoff.

Nach Erwägung der Symptome schien mir folgende Diagnose am meisten berechtigt: Eitrige Pyelonephritis links; Reflexanurie rechts.

Therapeutisch schlug ich vor, Nephrotomie der linken Seite und Spaltung der Kapsel, vielleicht auch des Parenchyms der rechten Niere behufs Entlastung der Congestion. Dr. *Gerster,* mit dem ich telephonisch mich in Verbindung stellte, stimmte mit Diagnose und Behandlung überein.

Operation um ein Uhr Morgens. Ich dachte, beide Operationen in *Schleich*'scher Lokal-Anästhesie ausführen zu können, gegen Ende zu gab ich jedoch etwas Chloroform. Auf der linken Seite fand sich eine prallgefüllte, zum Theil schon eitrige Hydronephrose, aus der etwa 1000 ccm eitrigen Urins entleert wurden; der in das Nierenbecken eingeführte Finger konnte im Ureter keinen Stein fühlen. An der rechten Seite war auffallend das derbe Narbengewebe, durch welches man zur Niere durchdringen musste. Dieselbe war auch nicht, wie vorher vermuthet, eine vergrösserte cyanotische, functionirende Niere, sondern ein kleiner, geschrumpfter Eitersack, den ich auch drainiren musste.

Patientin wurde in noch leidlichem Zustande zu Bett gebracht. Noch in derselben Nacht abortirte sie, und wurde vom Hausarzte der Uterus lege artis ausgeräumt. Der weitere Verlauf günstig. Aus der rechten Wunde drainirte bald nur etwas Wundsecret ab, hingegen aus der linken Niere anscheinend genügend Urin, so dass Patientin förmlich im Bett schwamm. Trotz des zufriedenstellenden Zustandes fiel die Temperatur nie bis normal; wahrscheinlich in Folge von Retention im rechten Nierensacke. Ich führte daher 13 Tage später die, der alten Verwachsungen halber sehr schwierige Nephrectomie, auf der rechten Seite aus. Das erhaltene Präparat, von Dr. *Mandlebaum*, auch microscopisch untersucht, zeigt, wie man auch schon macroscopisch sehen kann, ein beinahe vollständiges Fehlen von Nierenparenchym. Am 20. März entleerte Patientin zum ersten Male Harn per urethram 90 ccm, einige Stunden später wieder 150 ccm. Dieser Harn war trübe, sauer, 1014, enthielt eine Spur Eiweiss, 1.6 Procent Harnstoff; viele Eiterzellen; keine Cylinder.

Noch 10 Tage lang stockte die natürliche Harnentleerung, hernach wurde mehr und mehr per urethram entleert, und verhältnissmässig weniger durch die Nephrotomiewunde. Endgültiger Schluss der Fistel am 21. April, 44 Tage nach der ersten Operation. Patientin wurde entlassen mit einer ganz kleinen Fistel am 8. Mai.

Die ursprüngliche Diagnose war also nicht ganz richtig; erst die Operation ermöglichte die folgende richtige Diagnose: Alte Pyonephrose und Verödung der rechten Niere; Hydronephrose der einzig functionirenden linken Niere; in Folge äusserer Umstände übermässige Dehnung des hydronephrotischen Sackes, mit nachfolgender Verlagerung und Undurchgänglichkeit des Uterus.

Discussion. Dr. *Willy Meyer*: Dass wir eine absolute Anurie durch Operation geheilt sehen, ist ein schöner chirurgischer Erfolg. Das Schwierigste in einem solchen Falle ist ja immer die Diagnose. Die Operation ist hier absolut lebensrettend gewesen. — Dr. *Rudisch*: Ich möchte Dr. *Moschcowitz* fragen, wie er zur Ueberzeugung kam, dass nur Eiter und kein Urin vorhanden war. — Dr. *Moschcowitz*: Wir haben auf Harnstoff untersucht und solcher war nicht vorhanden. — Dr. *Rudisch*: Die gewöhnliche Untersuchung auf Harnstoff ist die mit Brom. Wo nun Eiter

und eiweissartige Substanzen anwesend sind, würde sich das Brom mit dem Eiweiss derart verbinden, dass es nicht auf Harnstoff einwirken könnte. Man müsste, um sicher zu gehen, zuerst die Flüssigkeit kochen und dann mit Brom untersuchen, andernfalls kommt man zu falschen Resultaten.

4) Dr. *Willy Meyer*: Pat. ist 64 Jahre alt. Er hatte seit den letzten 4 Jahren wiederholte Anfälle von Haematurie, die manchmal 2—4 Wochen dauerten und ohne Schmerzen verliefen. Die letzten Tropfen waren jedesmal reines Blut. Zur Erzielung einer genauen Diagnose war es selbstverständlich nothwendig, den Pat. zu cystoscopiren. Dabei war ein ca. haselnussgrosser Tumor zu sehen, der etwa ¾ Zoll nach hinten und rechts von der Uretereinmündung lag. Es war klar, dass dieser Tumor entfernt werden musste. Ich beabsichtigte den Blasenschnitt unter spinaler Anästhesie vorzunehmen. Operation am 9. März. Ich wandte Cocain für die Spinalanästhesie an und gab nicht, wie gewöhnlich, ¼ Gran, sondern ⅓ Gran Cocain. Schon nach wenigen Minuten war die Anästhesie eine absolute. Nach Ablauf der Cocainanästhesie traten sehr unangenehme Nachwirkungen auf. Es trat Fieber auf, und es war nun sehr schwer, zu sagen, woher dieses kam, ob von einer Urethralfistel oder in Folge der Spinalanästhesie. Das Fieber schwand dann langsam wieder in Form einer Lysis. Pat. wurde dann zu Anfang der 4. Woche mit vollkommen geschlossener Wunde entlassen. Der Tumor hatte sich als ein reines Papillom erwiesen.

Discussion. Dr. *Rudisch*: Ich habe mir viele Mühe gegeben, ein Verfahren zu finden, bei der Spinalanästhesie die Einspritzung zu umgehen und ich kann in dieser Beziehung leider bloss von meinen Misserfolgen berichten. Ich habe sehr viel mit Kataphorese am menschlichen Körper gearbeitet und gefunden, dass dieselbe sehr leicht gelingt, wenn man eine genügend starke Voltstärke des Stromes anwendet. Ich versuchte mit einer Voltstärke bis zu 200 am menschlichen Körper zu arbeiten, und unerwarteterweise hielt auch die Haut diese Stärke ganz gut aus, allein, wie ich mich nachher überzeugte, war doch diese Voltstärke noch nicht stark genug, um in einer zulässigen Zeit die Distanz von der Haut bis zum Rückenmarkscanal zu überwinden. Am Nerven selbst gelang es mir oft, auf diese Weise die Cocainisirung auszuführen. — Dr. *A. Jacobi*: Die Frage ist nun die, ob, wenn das Cocain durch Kataphorese eingebracht wird, dann nicht dieselben Nachwirkungen sich einstellen. — Dr. *Rudisch*: Wir haben ziemlich grosse Quantitäten angewandt, aber keine unangenehmen Erscheinungen gesehen. — Dr. *George Jacoby*: Die Geschichte der Cocainisirung des Rückenmarkes ist sehr interessant. Es ist kein Wunder, dass die meisten Chirurgen von der Cocainisirung abgekommen sind, wenn man sieht, wie überall und bei allen möglichen Gelegenheiten das Verfahren benutzt wird, als ob es sich um eine absolut ungefährliche Operation handele. Wenn man die Spinalanästhesie z. B. bei Kreissenden etc. anwendet, wie dies schon geschehen ist, so ist dies meiner Ansicht nach, gelinde gesagt, eine Fahrlässigkeit. Man muss um so mehr auf unangenehme Erscheinungen gefasst sein bei einem Menschen, bei dem man nicht weiss, wie weit er gegen Cocain tolerant ist. Dass man

durch Kataphorese Cocain durch die Dura, auch wenn dieselbe blossgelegt ist, einführen kann, glaube ich nicht. — Dr. *A. Jacobi*: Ich möchte folgende Frage stellen: Glaubt Dr. *G. Jacoby*, dass es irgend ein Verfahren giebt, das eingespritzte Cocain durch die gesammte Cerebrospinalflüssigkeit zu vertheilen? Wenn dies der Fall ist, müsste man gefunden haben, dass die Anästhesie sich nicht nur auf die unteren Extremitäten, sondern auch auf den ganzen Körper erstreckt. Ist ein solches Verfahren schon gelungen? — Dr. *Rudisch*: Dieses ist schon gelungen. — Dr. *G. Jacoby*: *Corning* hat bis jetzt in dieser Richtung nur experimentirt, aber noch keine klinische Versuche angestellt. — Dr. *Willy Meyer*: Dass sämmtliche Untersucher augenblicklich daran arbeiten, die Anästhesie auch auf die oberen Extremitäten auszudehnen, ist ja natürlich. Man hat jetzt schon ausgefunden, dass, wenn man eine grössere Menge Flüssigkeit ablässt, dann Cocain einspritzt und den Pat. in die tiefste *Trendelenburg*'sche Lage bringt, Analgesie des Armes und selbst des Gesichtes erzielt wurde.

Vorzeigen von Präparaten.

Dr. *Willy Meyer*: Ein 19jähriges Mädchen erkrankte vor 3 Monaten mit Schmerzen im Leibe, Appetitlosigkeit, Erbrechen; kein Fieber. Es wurde behauptet, dass die Krankheit in den Nieren sässe. Die Untersuchung ergab einen eigenthümlich weichen Tumor in der linken Lumbalgegend, der sich bei der Respiration auf und ab bewegte. Bei einer am darauffolgenden Tage vorgenommenen Untersuchung sass der Tumor in der Gegend der Milz, am nächsten Tage in der Gegend der Leber. Wir blähten den Darm auf und sofort verschwand der Tumor. Die Patientin hatte ausserordentlich heftige Schmerzen dabei, die Luft blieb im Colon. Mit Sicherheit eine Diagnose zu stellen, hielten wir uns nicht für berechtigt. Es waren niemals Darmblutungen vorhanden. Probelaparotomie. Wir erwarteten wahrscheinlich am Dünndarm, Mesocolon oder Colon etwas zu finden. Bei der Operation fanden wir einen am Colon transversum breit inserirten Tumor, der mit seiner Basis an dem Mesocolon sass und an der Oberfläche theilweise gangraenös war. Es blieb nur die Resection übrig, und so haben wir gestern die ziemlich ausgedehnte Totalresection des Darmes vorgenommen. Leider war es nicht möglich, die gesammten Drüsen mitzuentfernen, da es sich jedenfalls um Sarcom handelt. Pat. hat bis jetzt guten Puls und ist ohne Fieber. Wie sich der weitere Verlauf gestalten wird, kann ich natürlich jetzt noch nicht sagen.

Discussion. Dr. *A. Jacobi*: Der Umstand, dass die Geschwulst so sehr beweglich war, legte den Gedanken an das Colon nahe. Was mir nicht ganz klar ist, ist die grosse Beweglichkeit bei der Inspiration. Dies sollte nur vorkommen, wenn Adhäsionen mit der Leber vorhanden sind. — Dr. *Willy Meyer*: Ich sagte, man fühlte deutlich, dass sich der Tumor hin und her bewegte und das erwartete ich auch. Die Excursion betrug vielleicht ½—¾ Zoll. — Dr. *Libman*: Die Fälle sind nicht so sehr selten. Ich habe seiner Zeit 5 Fälle beschrieben, und seitdem haben wir 5 weitere Fälle gesehen.

A. Ripperger, Secretär.

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Glutol.* Glutol ist eine Verbindung, welche durch Einwirkung von Formalin auf Gelatine entsteht und ein völlig reizloses, ungiftiges und geruchloses Wundstreupulver darstellt. An sich indifferent, wird das Glutol durch die Thätigkeit der lebenden Zellen zersetzt unter dauernder Abspaltung von Formalin, dessen hervorragende Eigenschaften als Antisepticum ja bekannt sind. Es wirkt ein continuirlicher minimaler Formalinstrom auf die Wunde, so lange als unzersetztes Glutol in der Wunde, resp. dem Gewebe anwesend ist, wodurch eine andauernde selbstthätige Desinfection der Wunde erzielt wird, ohne dass die Zellthätigkeit geschädigt und der normale Wundverlauf irgendwie störend beeinflusst wird. Reizerscheinungen in der Wunde werden durch die Glutolanwendung nicht hervorgerufen, die Wunden zeigen vielmehr schnell frischrothe, kräftige Granulationen.

Nach Professor *Schleich* (Therap. Monatshefte Januar und Februar 1896. Ferner Monographie „Neue Methoden der Wundheilung", Verlag Springer, Berlin, 1900), der das Glutol in die Wundbehandlung eingeführt hat, muss man bei der Anwendung des Glutols 4 Arten von Wunden unterscheiden:

1) frische Verletzungen (auch Operationswunden), welche innerhalb der ersten Stunden nach der Continuitätstrennung zur Glutolbehandlung kommen,

2) nicht mehr frische Verletzungen, welche länger als 4 Stunden der Infectionsmöglichkeit ausgesetzt waren,

3) entzündete und eiternde Wunden,

4) Substanzverluste, Geschwüre.

Bei frischen Verletzungen (ad 1) wird das Glutol überall in Contact mit der Wundfläche gebracht; bei Schnittwunden überstreut und leicht eingepresst, bei unregelmässig gerissenen Wunden sorgfältig in jede Höhle und Bucht der Wunde eingerieben. Augenscheinlich ernährungsunfähige Gewebsstücke müssen entfernt werden, jedoch kann unter Glutol manches primär gefährdete Gewebsstück sich wieder erholen (Haut- und Knochenlappen). Jedoch bedürfen Wunden mit necrobiotischem Material häufigerer Wundcontrolle. Bei diesen Wunden pflegt sich ein Schorf zu bilden, welcher bis zur Heilung zu belassen ist.

2) Bei nicht mehr frischen Verletzungen muss auf jeden Fall die primäre Glutolapplication nach 24 Stunden erneuert werden.

3) Entzündete und eiternde Wunden müssen vor der Glutolanwendung nach den Regeln der allgemeinen Wundpflege so behandelt sein, dass reichlich gesundes Gewebe mit dem Glutol in Contact zu kommen Gelegenheit hat. (Incisionen, Secretabfluss, Secretentfernung, Trockenheit der Wunde, Entfernung todter Gewebsfetzen.) Ein eventuell gebildeter Schorf muss innerhalb der ersten 48 Stunden wenigstens an einigen Stellen entfernt werden, damit von Neuem Wundfläche und frisches Glutol in Berührung gebracht werden können.

Um bei eiterigen Processen den Contact des Glutols mit dem gesunden Gewebe noch sicherer herzustellen, empfiehlt *Schleich*, dem Glutol

sein Serumpulver zuzusetzen, über dessen Wirkung er Genaueres in seinem Buch „Neuere Methoden der Wundhilung" (Verlag Springer, Berlin) mittheilt.

4) Bei Geschwüren muss besonders auf die vorherige Entfernung abgestorbenen oder lebensunfähigen Gewebes geachtet werden. Verschorfungen sind auch hier mehrfach zu entfernen.

Verbrennungen können in jedem Stadium mit Glutol schnell zur Verheilung gebracht werden.

Bei solchen mit eiternden Hautflächen empfiehlt es sich ebenfalls nach Herunternahme des deckenden und verflüssigten Glutols mehrfache Glutolapplicationen vorzunehmen.

Der Vorzug des Glutols liegt in der absoluten Sicherheit der Selbstdesinfection frischer Verwundung durch die Gewebszellen selbst. Bei schon inficirten Wunden geschieht diese Selbstdesinfection ebenfalls, sobald aus der Umgebung genügend gesundes Zellmaterial mit dem Glutol in Contact kommt. Es muss daher überall ausgiebigst Eröffnung der inficirten Gewebsspalten stattfinden. Auch Höhlenwunden und Höhleneiterungen (Antra) etc. können mit Glutoltamponade behandelt werden.

Ueber das Glutol wird stets aseptische Gaze gedeckt, abgesehen von den kleinen Wunden, welche darunter erfahrungsgemäss in wenigen Stunden verschorfen.

— *Antitussin, ein Mittel gegen den Keuchhusten.* Unter diesem Titel berichtet Dr. *Max Heim* in der Deutschen Med. Woch. seine weiteren Erfahrungen mit dieser interessanten Verbindung von Fluor in organischer Form. Es muss hier vorausgesetzt werden, dass wohl anorganische Fluorverbindungen giftig und accumulativ wirken wie ja auch neuerdings wieder bewiesen wurde. Solche Eigenschaften besitzen aber die organischen Fluorpräparate nicht und ist dies auch verständlich, wenn man bedenkt, dass das Fluor nicht abgespalten wird, sondern unzersetzt den Körper durchwandert. *Heim* hat nun gefunden, dass Antitussin (fünf Theile Difluordiphenyl, Rest Lanolin-Vaselin) sogar bei anhaltendem Gebrauch absolut keine nachtheilige Wirkung ausübt. Beobachtungen, welche auch von *Fischl, Prag* und *Haasse*, sowie Medicinalrath *Schwörer* constatirt werden. Es ist somit festgestellt worden, dass das Antitussin hervorragend krampfmildernd und stark schleimlösend wirkt. Die Keuchhustenanfälle bei Anwendung des Antitussins vermindern sich an Zahl um die Hälfte schon am zweiten Tag der Behandlung. Die Dauer der krampfhaften Anfälle reducirt sich auf ein paar Tage bis höchstens zwei Wochen. Der Keuchhusten wird auf das catarrhalische Stadium beschränkt und schliesslich wurden keine schädlichen Einwirkungen bei den Behandlungen mit Antitussin beobachtet. (Deutsch-amerikan. Apotheker-Ztg., 1901, No. 9.)

— *Sidonal. Salfeld* in Wiesbaden hat das Sidonal, bekanntlich eine Vereinigung der Chinasäure mit Piperazin, einer Prüfung unterzogen und berichtet über seine mit dem Mittel gemachten Erfahrungen in der Münchener Medicinischen Wochenschrift (1901, No. 16) in einer „Zur Behandlung der Gicht mit Chinasäure" betitelten Arbeit. Den Beweis der

Unschädlichkeit des Sidonals hatte er zuerst an sich selbst durch Einnehmen von ca. 7,0 g pro die in Dosen von 1,0 erbracht, ohne auch nur im Geringsten unangenehme Sensationen verspürt zu haben. Er hielt sich daher für berechtigt, Sidonal auch an seinen Patienten zu erproben. Das Mittel wurde stets in Pulvern zu 1,0 g und zwar 5 bis 6 g pro die verabreicht und bestätigten ihm auch die Patienten, dass sie über unangenehme Nebenwirkungen keineswegs zu klagen hatten, im Gegentheil zwei der Behandelten wollten eine bedeutende Steigerung des Appetits wahrgenommen haben. S. ist nun auf Grund der von ihm mit Sidonal behandelten Fälle zu der Ansicht gelangt, dass wir in dem Mittel ein auf Gicht günstig einwirkendes Mittel besitzen, welches sogar in der Lage ist, die acuten Gichtanfälle erheblich zu coupiren, so dass die Einführung des Sidonals eine wesentliche Bereicherung des Arzneischatzes bietet. Für die allgemeine Praxis hat es noch den Vortheil, dass man einer allzu strengen Diät entrathen kann. S. hat ferner gefunden, dass bei Gelenkrheumatismus das Mittel vollkommen versagt und daher vielleicht differentialdiagnostisch verwerthet werden kann.

— *Gude's Pepto-Mangan.* *S. Wolf* in Philadelphia hat soeben eine Arbeit veröffentlicht (Annals of Gynecology and Pediatry, December 1901), betitelt „A Clinical Report on Gude's Pepto-Mangan", in welcher er seine Erfahrungen mit dem genannten Präparate bekannt giebt. Seine Beobachtungen erstrecken sich auf ca. 50 Fälle, die alle aus der Privatpraxis stammen. Er fand es am vortheilhaftesten, das Mittel in Milch nehmen zu lassen und zwar unmittelbar vor oder nach der Mahlzeit. Die Patienten eine besondere Diät beobachten zu lassen, schien W. nicht besonders nöthig; nur in ganz wenigen Fällen waren Verdauungsstörungen beim Gebrauch des Pepto-Mangans zu beobachten, einige Male schien Constipation, in einem oder zwei der Fälle dagegen Diarrhoe die Folge gewesen zu sein. W. ist ferner der Ansicht, dass durchschnittlich die gleich guten Erfolge mit kleineren Dosen, als den zur Zeit gebräuchlichen, erzielt werden könnten.

Von 23 Fällen waren die sämmtlichen Patienten verheirathete Frauen im Alter von 22 bis 70 Jahren, die mehr oder weniger an Anaemie litten. Mit Ausnahme von fünf Fällen wurden sehr zufriedenstellende Resultate erzielt; von den erwähnten fünf Fällen ist ein Fall in Abzug zu bringen, da über den Erfolg bei dieser Patientin später nichts mehr in Erfahrung gebracht werden konnte, die übrigen vier betrafen Patientinnen mit weit vorgeschrittenen organischen Leiden, bei denen auch jede andere therapeutische Maassnahme ohne Erfolg geblieben wäre. In neun dieser 23 Fälle konnten die Resultate geradezu als „brillant" bezeichnet werden. Auch betreffs der restirenden Fälle ist W. überzeugt, dass die Resultate mit keinem anderen Eisenpräparate hätten bessere sein können.

W. fasst seine Erfahrungen mit *Gude's* Pepto-Mangan in folgenden Schlusssätzen zusammen: Pepto-Mangan ist ein äusserst brauchbares Eisenpräparat und zwar infolge seiner flüssigen Form, seines angenehmen Geschmackes, ferner weil es die Zähne nicht angreift und die Verdauungsorgane nicht belästigt, so dass es leicht dosirt, auch bei Kindern und überhaupt bei jeglicher Art von Patienten ohne Gefahr einer üblen Neben-

wirkung in Anwendung gezogen werden kann. *Gude's* Pepto-Mangan trägt in rascher Weise dazu bei, das Blut sowohl hinsichtlich Qualität wie Quantität wieder zur Norm zu bringen und zwar in allen Fällen, bei denen dies überhaupt durch die Anwendung von Eisenmitteln möglich ist.

— *Tropon.* Die von *Kaup* über die Verdaulichkeit und Ausnutzbarkeit des Tropons angestellten Versuche haben ergeben, dass die Tropone das Eiweiss in der Nahrung vollkommen zu ersetzen vermögen, dass sie vollkommen unschädlich sind, und in grossen Mengen ohne Beschwerden und Verdauungsstörungen vertragen werden. Die Ausnutzbarkeit des gemischten und animalischen Tropons kommt etwa der des Eiweisses in Mehlspeisen und Broten gleich, die des vegetabilischen Tropons steht etwa der des Eiweisses in Milch gleich. Diese Eigenschaften des Tropons empfehlen das Präparat überall da, wo es darauf ankommt, durch eine eiweissreiche Kost den Eiweissbestand des Körpers rasch zu heben, also für Reconvalescenten, appetitlose, schwächliche Kinder, ferner da, wo es sich darum handelt, eiweissreiche, wenig voluminöse, haltbare Nährpräparate herzustellen (für Soldaten, auf Schiffen etc.). (Wiener klin. Wochenschr., 1899, No. 19, Centralbl. für innere Med., 1900, pg. 291.)

Neumüller hat im hygienischen Institut zu Würzburg Stoffwechselversuche mit Tropon am eigenen Körper angestellt und dabei ebenfalls gefunden, dass Tropon das Eiweiss anderer Nahrungsmittel vollkommen ersetzen kann, dass es weder bei gesunden noch kranken Menschen unangenehme Störungen hervorruft, auf die Dauer ohne Widerwillen sich nehmen lässt, und dass sich der ihm anhaftende eigenthümliche Geschmack durch verschiedene Nahrungsmittel, namentlich Suppen, gut verdecken lässt. Das Tropon ist ausserdem billiger als Fleisch. Das Präparat kann nach N. an die Stelle des Eiweisses überall da eintreten, wo es sich um Vermeidung einer voluminösen Kost, um Abwechslung in der Nahrung oder um Krankheiten handelt, bei denen Fleisch und andere eiweisshaltige Stoffe nicht gegeben werden können.

Auch *Fröhner* und *Hoppe* sprechen sich sehr günstig über die Verwendbarkeit des Tropons aus. Die von ihnen in der Landesheilanstalt zu Uchtspringe angestellten Stoffwechselversuche ergaben in Bezug auf die Ausnutzbarkeit, dass dieselbe für das Tropon eine wesentlich bessere ist als für Milch, und weiter, dass das Tropon auch zur Ueberernährung geeignet erscheint. Für die Rectalernährung ist es dagegen nicht geeignet, da es nach längere Zeit wieder unverändert ausgeschieden wurde. (Münch. med. Wochenschr., 1899, No. 2, Centralbl. für innere Med., 1899, S. 213.)

Nachdem bereits im Jahre 1898 *E. Rumpf* auf die *„Troponernährung bei Tuberculose"* aufmerksam gemacht hatte (Sonder-Abdr. aus „Das Rothe Kreuz", 1898, No. 19), wird das Tropon auch neuerdings wieder als vorzügliches Nährmittel für tuberculöse Patienten empfohlen, so von *K. v. Ruck* (Journ. of Tuberculosis, Juli 1901, S. 310) und *A. J. Richer* in Montreal (Philadelphia Med. Journ., 5. October 1901).

— *Lösliches Silber als inneres Antisepticum. Credé* empfiehlt sehr das Collargolum (Argentum colloidale) als Mittel zur allgemeinen inneren Desinfection bei allen nicht zu weit vorgeschrittenen Strepto- und Staphylococcenerkrankungen. In leichteren Fällen genügt die je nach Bedarf wie-

derholte energische Einreibung einer 15 proc. Salbe (Unguentum Credé) in die gut gereinigte und wenn möglich hyperämisirte Haut eines gesunden Körpertheils (einmalige Dosis 2—3 g). Nicht nur Phlegmonen etc. und septische Processe, sondern auch epidemische Cerebrospinalmeningitis und Erysipel wurden günstig beeinflusst. Abscesse und Necrosen werden natürlich nicht rückgängig. Bedeutend energischer wirkt die intravenöse Application, wobei je nach der Schwere des Falles 5—20 g einer ½—1 proc. Lösung, wenn nöthig wiederholt, injicirt werden. Thierversuche ergaben, dass dabei das Silber alle Organe durchwandert und nach wenigen Wochen wieder ausgeschieden ist; Argyrose wurde nie beobachtet. Diese Anwendungsweise ist indicirt bei schweren septischen Erkrankungen, septischem Gelenkrheumatismus, epidemischer Cerebrospinalmeningitis, septischen Complicationen von Tuberculose und Typhus. (Berliner klin. Wochenschr., 1901, No. 37, Prager med. Wochenschr., 1901, No. 43.)

— *Bemerkungen zur Wirkung des Yohimbin Spiegel,* ist eine Arbeit von *A. Loewy-Berlin* betitelt (Therap. d. Gegenwart, 1901, No. 7), in welcher der Verf. gegen *Krawkow* polemisirt, welcher auf Grund von Versuchen an sechs Menschen — Aerzten — zum Resultate gelangte, dass das Yohimbin nicht als Aphrodisiacum anzusehen sei, dass es nicht ungefährlich sei, unerwünschte Nebenwirkungen aufweise etc. Das Mittel wird nach *Loewy* in einzelnen Fällen auch im Stiche lassen, in der Majorität der Fälle jedoch Erfolge aufweisen. *Loewy* verweist auf die Erfolge von *Mendel, Berger, Dejace* und *Duhot* (täglich drei Yohimbintabletten @ 0.005 g), welche bei Gesunden und Kranken (an paralytischer Impotenz Leidenden, impotenten Neurasthenikern) zum Coitus befähigende Erectionen mit diesem Mittel herbeiführten. Schliesslich weist *Loewy* darauf hin, dass Yohimbin in gleicher Dosis auch nach Castration von Hunden noch Erectionen machte und glaubt, dass es auch bei castrirten Menschen in gleicher Weise einwirken dürfte, was die chirurgische Behandlung von Hodenerkrankungen beeinflussen könnte. (Ref. Wiener klin. Wochenschr., 1901. No. 44.)

— Gegen *Nachtschweisse der Phthisiker* haben sich nach Mittheilung von *Nolda* Einreibungen von *Tannoform* bewährt. Das Tannoform-Streupulver (1 Tannoform auf 2 Talcum venetum) wird einfach mit der flachen Hand in die Haut (der Brust, in schweren Fällen der Brust, des Nackens und des Rückens) eingerieben, die eingeriebenen Partien werden Morgens und Abends behufs Reinigung der Ausführungsgänge der Schweissdrüsen mit Franzbranntwein abgerieben. (Münchener med. Wochenschr., 1901. No. 33.)

Kleine Mittheilungen.

— Die *Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York* erwählte in ihrer diesjährigen Jahresversammlung die folgenden Beamten: Präsident, Dr. *Geo. W. Jacoby;* Vice-Präsident, Dr. *Louis Heitzmann;* protocollirender Secretär, Dr. *J. A. Beuermann;* stellvertretender protocolli-

render Secretär, Dr. *A. Ripperger;* correspondirender Secretär, Dr. *F. J. Lewiseur;* Schatzmeister, Dr. *S. Breitenfeld.* Aufnahme-Comité: Dr. *J. W. Gleitsmann,* Dr. *H. G. Klotz,* Dr. *F. Lange,* Dr. *Willy Meyer* und Dr. *A. Seibert.*

— *Unanständige Reclame.* Die erste Vorbedingung, sagt *Albert Moll* in seinem soeben erschienenen Buche „Aerztliche Ethik", die die Ethik an die Reclame stellt, ist die, dass sie niemand täusche. Wenn also ein Fabrikant ein neues Arznei- oder Nährpräparat herstellt und er annoncirt dasselbe in der medicinischen Presse, so liegt darin nichts Unethisches, so lange er, und hierin liegt der Schwerpunkt, keine Täuschung der Leser seiner Anzeige bezweckt. Wenn weiterhin derselbe Fabrikant die Aerzte mit Pamphleten über sein Fabrikat überschwemmt, die allerdings meistens ungelesen in den Papierkorb wandern, so ist wiederum dagegen vom ethischen Standpunkt aus nichts einzuwenden, so lange er mit seinen Pamphleten keine Täuschung beabsichtigt. Wir sind in der glücklichen Lage, sagen zu können, dass weitaus die meisten Firmen und Fabrikanten chemischer und pharmaceutischer Präparate, welche die amerikanische medicinische Presse zur Empfehlung ihrer Producte benutzen, sich jeglicher unanständigen Reclame vollständig enthalten. Leider kann man dies von einer Gesellschaft nicht behaupten, nämlich von dem *American Plasmon Syndicate,* deren Verfahren es verdient, etwas niedriger gehängt zu werden. Wenn diese Gesellschaft Pamphlete verschickt mit der Ueberschrift *„Virchow's* Report on Plasmon" und Anzeigen in medicinischen Journalen veröffentlicht, die ausser sonstigen Anpreisungen des Plasmons den Passus enthalten „endorsed by the *great chemist* and *medical authority Prof. Virchow*" so will das Syndicat eine Täuschung hervorrufen und bei den Aerzten, die die Anzeige lesen, den Glauben erwecken, Prof. *Virchow,* der in der ganzen Welt bekannte Gelehrte, stehe in Verbindung mit dem Nährpräparat Plasmon. Dass das in Frage stehende Pamphlet auf der letzten Seite die Unterschrift *C.* Virchow zeigt — bei der uns gerade vorliegenden Annonce fehlt auch noch dieser *Schein* der Ehrlichkeit —, dass ferner das Syndicat mehreren Aerzten, die gegen eine derartige Handlungsweise remonstrirten, brieflich mittheilte, es handle sich um den Sohn *Virchow's,* der übrigens nebenbei gesagt weder ein grosser Chemiker, noch eine „medicinische Autorität" ist, sondern nur der unberühmte Sohn eines berühmten Vaters, und dass *Rudolf Virchow* mit den Ansichten seines Sohnes übereinstimme, man möge nur brieflich bei ihm anfragen, macht den Schwindel um kein Haar besser und entschuldbarer. Es wird hier in diesem Falle ein Missbrauch mit *Virchow's* Namen getrieben, wie er schlimmer gar nicht gedacht werden kann. Das American Plasmon Syndicate stellt sich damit auf eine Stufe mit *„Koch's Lung Cure"*, die den gleichen Schwindel mit Prof. *Koch's* Namen treibt und ihren Lesern die erstaunliche Mittheilung macht, dass sich ihr Dr. *Edward Koch* nach Europa begeben hat, um gemeinsam mit Dr. *Robert Koch* den Tuberculosecongress zu besuchen, und wiederum, dass in der Office der Koch Lung Cure der officielle Catalog dieses Congresses aufliegt, worin auf Seite 11 sich die Namen von Dr. *Edward* und Dr. *Robert Koch* befinden, „und

zwar in der Reihenfolge, dass Dr. *Robert Koch's* Name zuerst und dann der des Dr. *Edward Koch* gedruckt ist". Der einzige Unterschied zwischen beiden Unternehmen ist der, dass Koch's Lung Cure in den Tageszeitungen inserirt und sich an das Laienpublikum wendet, das Plasmon Syndicat dagegen in der medicinischen Presse die Aerzte zu täuschen versucht. Es soll hier nicht weiter darauf eingegangen werden, ob dem Plasmon die ihm angepriesenen Eigenschaften zukommen oder nicht; ein Präparat, das in einer derartigen Weise angekündigt wird, verdient nicht, dass man sich weiter mit ihm beschäftigt und noch viel weniger, dass es von den Aerzten in Anwendung gezogen wird. Es wäre wünschenswerth, dass auch die deutsche medicinische Presse von dem Vorkommniss Notiz nehmen würde.

— Wie uns die Herren *Schering & Glatz* mittheilen, ist in dem Verkaufe des *Urotropins* eine bedeutende Preisreduction eingetreten, was bei der Beliebtheit des Präparats nur mit Freuden begrüsst werden kann.

— *Verzogen*: Dr. *A. L. Goodman* nach 263 West 113. Strasse, Dr. *A. Herzfeld* nach 224 West 24. Strasse und Dr. *George Theodore Mundorff* nach 304 Zweite Avenue.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XIII. New York, December 1901. No. 12.

ORIGINALARBEITEN.

Paratyphus.*)

Von Dr. S. J. Meltzer, New York.

Herr Präsident und meine Herren! Alle vorliegenden Angaben stimmen jetzt darin überein, und die Herren *Stein* und *Libman* haben es auch in ihren interessanten Vorträgen besonders hervorgehoben, dass nämlich in manchen Fällen von ausgesprochenem Typhus die sog. Widal-Reaction persistent negativ ausfällt. Man sagt sich darum, scheinbar mit Recht, dass aus dem Fehlen dieser Reaction kein Schluss gegen die Diagnose Typhus gezogen werden darf. Das Fehlen der Reaction wird wohl meistens dahin interpretirt, dass das Blut eben nicht in allen Fällen von Typhus sich eine agglutinirende Wirkung auf den Typhusbacillus erwirbt. Indessen sind innerhalb der letzten paar Jahre einige Thatsachen bekannt geworden, welche das Versagen der Reaction in manchen Fällen von Typhus in einem ganz anderen Lichte erscheinen lassen. Die daraus sich ergebenden Gesichtspunkte, obschon noch in den ersten Anfängen, versprechen, wie mir scheint, von grossem practischen und theoretischen Interesse zu werden. Ich habe es mir daher vorgenommen, meinen Antheil in der Discussion auf eine Darstellung und Erörterung dieser betreffenden Probleme zu verwenden.

Es sind nämlich in den letzten paar Jahren etwa ein Dutzend Fälle beschrieben worden, welche klinisch an der Diagnose Typhus gar keinen Zweifel aufkommen liessen, deren genaue

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 2. December 1901.

bacteriologische Untersuchungen jedoch ganz neue Verhältnisse zu Tage gefördert haben. Der erste Fall stammt aus der *Osler*'schen Klinik im John Hopkins Hospital und ist von *Gwyn*[1]) bereits im Jahre 1898 beschrieben worden. Der Patient hatte alle Symptome des Abdominaltyphus: continuirliches Fieber, Milzschwellung, Roseola, Diazo; ja auch Delirien und Darmblutungen. Widal aber war zu keiner Zeit positiv ausgefallen. Nun entwickelte sich aber auf den vom Blute angelegten Culturen ein Bacillus, der sich durch gewisse Merkmale vom Bacillus typhosus unterschied und auf den das Serum dieses Patienten in einer Verdünnung von ein 1:200 prompt reagirte. Serum von unzweifelhaftem Typhus agglutinirte diese Bacillen nicht. Dann hat im vorigen Jahre *Schottmueller*[2]) aus dem Hamburger Allgemeinen Krankenhaus einen ganz ähnlichen Fall beschrieben, und zwar ganz ohne Kenntniss der *Gwyn*'schen Publicatio. Auch dieser Fall war in seinem klinischen Bilde ausgesprochen Typhus, gab aber keine Widal-Reaction, und die Culturen aus dem Blute zeigten einen Bacillus, den das Blut dieses Patienten in 1:100 agglutinirte, der aber auf Typhusserum gar nicht reagirte.

In diesem Jahre sind noch zwei entsprechende Publicationen erschienen. Die eine stammt wiederum von *Schottmueller*[3]). Seit seiner ersten Erfahrung hat dieser Autor seine Fälle systematisch studirt und hat während einer kleinen Typhusepidemie unter 168 Fällensechs gefunden, welche dem erst beschriebenen ganz ähnlich waren. In diesen Fällen reagirten manche der neuen Bacillen auf das Blut ihrer eigenen Patienten schon bei einer Verdünnung von 1:10,000! Die zweite bedeutsame Publication rührt von Dr. *Kurth*[4]) her, dem inzwischen verstorbenen Director des Bacteriologischen Instituts in Bremen. *Kurth* stiess auf einen Typhusfall ohne Widal, aus dessen Faeces er einen eigenartigen Bacillus züchtete, dem er zunächst keine weitere Aufmerksamkeit schenkte. Bald stiess er jedoch auf einen anderen ähnlichen Fall, und nun begann er alle seine Typhusfälle mit negativem Wigal systematisch zu studiren. Das Ergebniss war, dass unter den 62 Fällen, die auf Widal untersucht wurden, fünf persistent keine Reaction gaben. In diesen Fällen wurde aus den Faeces ein Bacillus cultivirt, der mit dem Blute des betreffenden Patienten eine positive Reaction gab, und zwar oft schon in Verdünnungen, die in die Tausende ging.

Zu dieser Reihe von Mittheilungen gehört noch eine interes-

sante und gründliche Studie von *Cushing*[5]) aus dem Johns Hopkins Hospital. Bei einem Patienten, der vor mehreren Monaten einen typischen Typhus überstanden haben sollte, fand sich ein osteomyelitischer Abscess der fünften Rippe, welcher einen wohlcharacterisirten Bacillus in Reincultur enthielt. Das Blut dieses Patienten agglutinirte die betreffenden Bacillen prompt, gab aber keine Reaction mit Typhusbacillen. Offenbar war die vorangehende Erkrankung nicht der gewöhnliche Typhus, sondern gehörte zu der hier besprochenen Categorie von Erkrankungen.

Wir besitzen demnach jetzt schon mehrere Berichte über Erkrankungen, welche klinisch das typische Bild des Abdominaltyphus darbieten, in denen aber Widal persistent negativ ausfiel; dagegen konnte aus dem Blute oder den Darmexcrementen dieser Patienten ein Bacillus gezüchtet werden, dem gegenüber das Blut der betreffenden Kranken eine grosse Agglutinationsfähigkeit aufwies. Das Blut von richtig Typhösen mit positivem Widal afficirte diese Bacillen nicht. Obschon diese Befunde an verschiedenen Orten erhoben wurden und von Beobachtern, die keine Kenntniss von ihren gegenseitigen Arbeiten hatten, zeigen doch die verschiedenen Bacillen gemeinsame, ganz characteristische Merkmale. Sie gehören zunächst zu den Colon-Typhus-Gruppen, sie sind mehr oder weniger motil, haben Geisseln, verflüssigen keine Gelatine; morphologisch und culturell sind sie jedoch im allgemeinen dem Typhus-Bacillus etwas ähnlicher als dem Bacillus coli. Physiologisch unterscheiden sie sich scharf vom letzteren, indem sie Milch nicht gerinnen, Lactose nicht vergähren, und kein Indol bilden; vom Bacillus typhosus unterscheiden sie sich dadurch, dass sie Gase bilden, Glucose vergähren und in den Nährmedien Alkali bilden.

Die hier geschilderten Kennzeichen, namentlich die starke Alkalibildung, rufen einem ins Gedächtniss *Petruschki's*[6]) Bacillus faecalis alkaligenes, der von verschiedenen namhaften Untersuchern im Institute für Infectionskrankheiten in Berlin aus den Stühlen typhuskranker und typhusverdächtiger Individuen gezüchtet worden ist. Er fand sich oft neben dem Typhusbacillus, aber vielfach wurde er auch allein, und zwar fast in Reincultur im Stuhlgange gefunden. Er verhielt sich fast genau wie unser Bacillus und unterschied sich sowohl vom Bacillus coli als auch vom Typhusbacillus. *Petruschki's* Veröffentlichung geschah 1896, also vor der Agglutinationsperiode. Das *Pfeiffer*'sche

Phaenomen jedoch war damals schon bekannt gewesen und ist auch von *Petruschki* zur Unterscheidung seines Bacillus faecalis von Typhusbacillus verwendet worden. Man hat ein gewisses Recht, anzunehmen, dass der Bacillus faecalis unseren Bacillen mindestens sehr nahe steht, und man dürfte auch nicht fehlgehen, wenn man annimmt, dass die betreffenden typhusverdächtigen Fälle eben nicht Typhus waren, sondern zu der in Rede stehenden Categorie von Krankheiten gehörten.

Widal[7]) hat einmal aus einem Oesophagus-Abscess bei einem Tuberculösen, der früher einmal einen Typhus überstanden hatte, einen Bacillus isolirt, der sowohl mit dem Colon- als dem Typhusbacillus gewisse Aehnlichkeiten besass, aber sich auch von beiden unterschied. Dieser Bacillus war in vielen Beziehungen dem Bacillus der Psittacosis von *Nocard* und dem Bacillus der Kalbs-Septicaemie von *Thomasson* ähnlich. *Widal* fasste sie zusammen zu einer Gruppe, die er mit dem Namen *Para-Colon* belegte, daher *Gwyn's* Name Para-Colon für den Bacillus in seinem oben erwähnten Falle. Indessen gehören die Bacillen der *Widal*'schen Gruppe, mindestens die Bacillen der Psittacosis und der Kalbssepticaemie zu einer viel grösseren Gruppe, deren bekanntester Repräsentant *Gaertner's* Bacillus enteritidis ist. Diesen Bacillus hatte *Gärtner*[8]) 1888 vom Fleische einer kranken Kuh isolirt, welches die Ursache einer ziemlich ausgedehnten Vergiftungsepidemie in Frankenhausen in Sachsen gewesen ist. Seit dieser Zeit sind mehrere Fleisch-Vergiftungsepidemien vorgekommen, und jedesmal war ein bestimmter Bacillus als die Ursache der Vergiftung erkannt worden. Obschon diese Bacillen verschiedene Namen haben (Bacillus Breslaviansis, Friedbergensis, Morbificans bovis u. s. w.) und auch gewisse Unterschiede untereinander aufzuweisen haben, so stimmen doch ihre Hauptkennzeichen im Grossen und Ganzen überein und sind ungefähr denen ähnlich, die wir oben von unseren Bacillen zu verzeichnen hatten.

Ich möchte hier folgende Nebenbemerkung anbringen. *Durham*[9]) hatte 1898 in Oldham, England, einen Vortrag über Fleischvergiftungen gehalten und hatte darin die bezüglichen Epidemien und die dazu gehörigen Bacillen aus aller Herren Ländern vorgeführt und machte dabei die Bemerkung, es thue ihm leid, dass in England solche Epidemien nicht bekannt geworden sind. Aber noch in demselben Jahre war *Durham* in der Lage, zwei solche Epidemien bacteriologisch zu verfolgen und

auch die Bacillen zu ermitteln. An Epidemien fehlte es also in England nicht, nur an Männern mangelte es, welche die Ursachen dieser Fleischvergiftungsepidemien richtig zu ermitteln verstanden haben. In diesem Lande hören wir auch jetzt noch nichts von solchen Fleischvergiftungen, welche durch bestimmte Bacillen herbeigeführt worden sind. Sollten diese hier wirklich nicht vorkommen? Man liest freilich auch hier oft genug von Massenvergiftungen, aber da soll stets Ptomainvergiftung die Hand im Spiele haben.

Kehren wir jetzt zurück zum *Gaertner*'schen Bacillus, so müssen wir zunächst verzeichnen, dass die betreffende Gruppe immer grössere Dimensionen annimmt. Man zählt jetzt zu dieser Gruppe zum Beispiel auch den Schweinepestbacillus, *Sanarelli's* Bacillus icteroides, *Shiga's* und *Flexner's* Dysenterie-Bacillus und noch viele andere.

Für practische Zwecke können wir vorläufig die Eintheilung von *Durham*[10]) acceptiren, dass nämlich an einem Ende der Reihe die Colon-Gruppe, am anderen Ende die Typhus-Bacillen-Gruppe steht, und alle anderen Bacterien als eine intermediäre Gruppe ansehen. Man muss sich aber klar sein, dass diese Intermediäre Gruppe viele heterogene Elemente umfasst.

Die Bacillen der hier in Rede stehenden Erkrankungsform gehören also zur intermediären Gruppe, dessen am längsten bekannter Repräsentant der Bacillus enteritidis *Gaertner's* ist. *Kurth* hatte den Bacillus seines ersten Falles geradezu als den *Gaertner*'schen Bacillus und die Krankheit muthmaasslich als eine Fleischvergiftung angesehen; er ist aber bald davon zurückgekommen. *Kurth* sowohl als *Schottmueller* geben ausdrücklich an, dass in ihren Fällen von einer Fleischvergiftung keine Rede sein kann. *Kurth* führt auch eine Anzahl Unterschiede an zwischen den Bacillen seiner Kranken und dem *Gaertner*'schen Bacillus; am wichtigsten ist die Angabe, dass das Serum seiner Kranken den *Gaertner*'schen Bacillus nicht agglutinirten. Andererseits finde ich bei *Durham*[11]) die Angabe, dass all die Sera der Fleischvergifteten in der Chatterton-Epidemie den oben erwähnten *Gwyn*'schen Bacillus nicht afficirten. Also die Sera der uns beschäftigenden Kranken agglutiniren nicht die Bacillen der Fleischvergiftung, und die Sera der Fleischvergifteten agglutiniren nicht unsere Bacillen. Dagegen finden wir sowohl bei *Kurth*, als auch bei *Schottmueller*, dass die Sera aller ihrer Kranken alle die ver-

schiedenen von ihnen isolirten Bacillen mehr oder weniger stark agglutinirten, was auf eine Zusammengehörigkeit der Affection bei den verschiedenen Kranken hinweist.

Fassen wir das bisher Gesagte kurz zusammen: Wir besitzen Beschreibungen einer Krankheit, die bereits mehr als ein Dutzend mal beobachtet worden ist, welche klinisch ohne Weiteres als Typhus angesehen werden musste, wo aber bei wiederholter Untersuchung die *Widal*'sche Reaction negativ ausfiel; dagegen reagirten die Sera dieser Kranken sehr prompt auf Bacillen, die von ihnen selbst vom Blute oder von den Excrementen isolirt worden sind. Diese Bacillen gehören zur intermediären Gruppe, stehen den Fleischvergiftungsbacillen etwas näher, sind aber auch deutlich von diesen unterscheidbar. Die Symptome dieser Kranken sind, wie bereits gesagt, ganz dieselben wie beim Typhus: Kopfweh, Abgeschlagenheit, continuirliches Fieber, langsamer Puls, Milzschwellung, Roseola, Diazo-Reaction. Auch Nasenbluten, intestinale Blutungen, Delirien, leichte Affection der Respirationswege und post-typhöse osteo-myelitische Abscesse sind verzeichnet. Alle Kranke sind gesund geworden; eine pathologische Anatomie giebt es also noch nicht. Nach *Kurth's* Ansicht verlaufen diese Fälle milder als der richtige Typhus, und er möchte für diese Fälle sogar die alte Bezeichnung „gastrisches Fieber" wieder eingeführt sehen. Doch haben zwei der *Schottmueller*'schen Fälle und der *Gwyn*'sche Fall eigentlich einen recht schweren Verlauf gehabt. Ich will hervorheben, dass bei sieben der Fälle die Krankheit mit Diarrhoe anfing, um später in Stuhlanhaltung überzugehen, ein Verhältniss, das man bei Typhus doch nur recht selten sieht.

Was den Namen für diese Krankheit und deren Bacillen anbetrifft, so haben wir schon oben gesehen, dass *Gwyn* den Namen Para-Colon gewählt hat. *Cushing* gebraucht die nichtssagende Bezeichnung „Bacillus." *Kurth* benamst den Microorganismus seiner Fälle mit Bacillus bremensis febris gastrica. *Schottmueller* endlich nennt den von ihm gefundenen Bacillus: Paratyphus. *Kurth's* Bezeichnung kann wohl nicht ernstlich in Betracht kommen, namentlich wenn sie auch ausser-Bremer und auch schwere Erkrankungen mit umfassen soll. Der Name Para-Colon ist unzutreffend. Erstens umfasst dieser Name noch ganz andere, den unserigen fernstehende Bacillen. Zweitens stehen unsere Bacillen dem Typhus-Bacillus viel näher als dem Bacillus coli. Endlich

drittens wird die Bezeichnung Para-Colon gewiss nicht andeuten, dass die betreffenden Bacillen eine dem Typhus ähnliche Erkrankung hervorbringen. Ich halte daher die *Schottmueller*'sche Bezeichnung für die passendste. Ich möchte aber auch vorschlagen, die Krankheit selber der Kürze und Bequemlichkeit wegen vorläufig *Paratyphus* zu nennen.

Im Vorangehenden haben wir also ein Dutzend Typhusfälle vorgeführt, die darum keine *Widal*-Reaction gaben, weil die Krankheit eben nicht durch den Bacillus typhosus, sondern durch einen anderen Organismus veranlasst worden ist. In zwei Epidemien, in Hamburg und in Bremen, wo in jedem Fall, der keinen Widal aufwies, Blut oder Excremente systematisch auf einen anderen specifischen Organismus untersucht worden sind, wurde ein solcher auch gefunden. Da bis jetzt noch kein Fall ohne Widal's Reaction vorliegt, bei dem eine regelrechte Untersuchung keinen anderen Organismus zu Tage gefördert hätte, so sind wir wohl berechtigt bis auf Weiteres anzunehmen, dass die persistente Abwesenheit der *Widal*'schen Reaction nicht bedeutet, dass in diesem Falle die Infection mit dem *Eberth'schen* Bacillus keine Agglutinationsfähigkeit des Blutes bewirkt habe, sondern dass hier eine Infection mit einem anderen Bacillus vorliegt.

Damit aber sind wir noch nicht zu Ende. Zunächst liegt da noch ein scheinbarer Widerspruch vor, der einer Aufklärung bedürftig ist. Die Hamburger Epidemie bestand aus 68 untersuchten Fällen, davon waren 6 Paratyphus; die Bremer Epidemie bestand aus 62 Fällen mit 5 Paratyphen. Also in jeder der beiden Epidemien betrugen die Paratyphen etwa 8 Procent der Typhusfälle. Demnach bildeten die Typhusfälle mit persistenter Abwesenheit der *Widal*-Reaction etwa 8 Procent der Gesammtzahl. Das ist aber im Vergleich mit manchen anderen Angaben ein sehr hoher Procentsatz. So z. B. berichtet *Gwyn*[12]) neulich aus der *Osler*'schen Klinik, dass die Fälle mit positivem Widal dort 99,6 Procent betragen. *Gwyn* schreibt diese hohe Zahl der vorzüglichen Einrichtung des Hospitals zu. Diese Erklärung dürfte indessen kaum zureichend sein, wenn wir solche Anstalten wie das Bacteriologische Institut in Bremen oder das Krankenhaus in Hamburg unter *Lenhartz* zum Vergleiche heranziehen. Dann müssen wir auch nicht vergessen, dass die Arbeiten aus den letzterwähnten Anstalten sorgfältige wissenschaftliche Untersuchungen waren, während die gewöhnlichen Statistiken aus den Hospi-

tälern oder städtischen Gesundheitsämtern im besten Falle doch nur untergeordnete Routinearbeiten sind. In kürzlich stattgehabten Discussionen in hiesigen medicinischen Gesellschaften betonten manche competente Beurtheiler mit Recht, dass die persönliche Gleichung in dieser Frage eine grosse Rolle spielt. Es bezeichnet da ein Beobachter eine Reaction als positiv, die von einem anderen bestimmt als negativ angesehen wird. Indessen liegt der Kern der ganzen Frage meines Erachtens viel tiefer; und ich möchte darauf mit einigen Worten näher eingehen. Wenn die Reaction in einer Verdünnung von 1 :20 positiv ausfällt, wird allgemein angenommen, dass dieser Fall sicher Typhus ist. Sehr viele Beobachter sind sogar schon zufrieden mit einer Verdünnung von 1 :10. Nun muss man sich doch eigentlich wundern, warum beim menschlichen Typhus die Agglutination nur in so geringer Verdünnung vorkommen soll, während bei Thieren nach einer Infection mit Typhusbacillen die Bacillen vom Blute agglutinirt werden in Verdünnungen, deren Zahlen gewöhnlich in den Hunderten und Tausenden, ja auch Millionen sich bewegen. Dabei erscheint noch die Infection der Thiere bei weitem nicht so intensiv, als die des Menschen. Ferner findet man ab und zu, wenn man danach sucht, neben der Reaction auf den *Eberth*'schen Bacillus noch andere mehr oder weniger ausgesprochene Reactionen auf den einen oder den anderen Microorganismus. *Durham*[13]) hat bei einer Epidemie in England in manchen Fällen neben der *Widal*'schen Reaction noch eine recht starke Reaction auf den *Gaertner*'schen Bacillus enteritidis gefunden. Gewöhnlich wird eine solche doppelte Reaction so erklärt, dass beide Organismen gemeinsame Proteide oder sonstige Substanzen oder Eigenschaften besitzen, die zur Agglutination in Beziehung stehen, und darum bewirkte eine Infection mit dem einen Organismus eine Agglutinationsfähigkeit des Blutes auch für den anderen Organismus. Diese Erklärung mag auch für manche Fälle in der That zutreffend sein. Indessen ist für die doppelte Reaction doch auch eine andere Erklärung zulässig, nämlich die, dass es sich um eine doppelte Infection handelt. Folgende Ueberlegung macht uns diesen Punkt plausibler. Jeder, der einige Typhusbacillen in seinen Darm bekommt, bekommt auch nicht gleich den Typhus. Es ist auch nachgewiesen worden, dass der normale Darm des Menschen Typhusbacillen enthalten kann, und wahrscheinlich enthält er auch ab und zu noch andere pathogene

typhusähnliche Bacillen. Sind diese Typhus- oder typhusähnlichen Bacillen nur in mässiger Zahl vorhanden und nicht hoch virulent, so werden sie dem Wirthe keinen weiteren Schaden bringen und werden durch Ueberwuchern der saprophytischen Darmbewohner bald zu Grunde gehen. Und gelänge es auch einigen Bacillen durch die normale oder leicht afficirte Darmmucosa in die Circulation zu gelangen, so werden schon die bactericiden Kräfte des Blutes mit ihnen fertig werden. (Dabei kann das Blut vielleicht einen gewissen Grad von specifischer Agglutinationsfähigkeit sich erwerben. Die Individuen, bei denen dies vorkommt, sind gesund; doch kann, wie man sieht, ihr Blut einen gewissen Grad von Widal-Reactionaufweisen.) Ist aber der eine oder der andere pathogene Microorganismus in grösserer Zahl im Darm vorhanden, und ist er stark virulent, so wird er zunächst die Darmmucosa angreifen und das Epithel schädigen, wodurch er dann leichter und in grösserer Zahl in das Blut eindringt. Die fertig vorhandenen bactericiden Kräfte des Individuums reichen dann nicht mehr aus, den Angriff abzuschlagen, sie werden auch bald aufgebraucht, und das Individuum wird dann krank, wird septicämisch. Jetzt aber wo die Eintrittspforten durchgängiger und die bactericiden Kräfte verbraucht sind, können auch andere zufällig im Darme anwesende pathogene Microorganismen, auch wenn sie in nur mässiger Zahl und nur wenig virulent sind, ihren Weg in's Blut finden und dort vielleicht auch zur allgemeinen Infection beitragen, wenigstens aber eine specifische Agglutinationsfähigkeit veranlassen. Wir können uns da viele mögliche Combinationen denken; wir wollen aber nur den einen uns interessirenden möglichen Fall herausgreifen. Der Darm enthält, nehmen wir an, erstens virulente Paratyphus-Bacillen in reichlicher Zahl und daneben eine nur geringe Zahl mässig virulenter Typhusbacillen. Der Paratyphus setzt eine örtliche Affection des Darmes, setzt die Undurchgängigkeit der Epithelien herab, dringt in genügender Menge ins Blut und bringt mit einem Worte einen Paratyphus zu Stande. Nunmehr kann auch das Häuflein Typhusbacillen in die wehrlose Circulation eindringen und somit im Blute eine Agglutinationsfähigkeit bewirken, welche specifisch gegen den Typhusbacillus gerichtet ist. Der Patient bietet in diesem Falle alle Symptome des Typhus dar, und eine Untersuchung des Blutes auf Widal ergiebt eine positive Reaction in 1:20 oder sogar 1:30, und nun ist die Diagnose

Typhus über jeden Zweifel erhoben. In Wirklichkeit jedoch handelte es sich in diesem Falle doch wesentlich um eine Infection mit einem anderen Organismus. Es könnte demnach sein, dass auch in Typhusfällen mit positivem Widal in 1 :20, es sich eigentlich nicht um den Typhusbacillus, sondern wesentlich um eine Infection mit dem Paratyphus Bacilus handelt, die Krankheit also eigentlich Paratyphus ist.

Folgende paar Angaben dürften darthun, dass meine Vermuthung doch nicht ganz aus der Luft gegriffen ist. *Durham*[14]) erzählt von sich, dass er eine Krankheit durchgemacht hatte, bei der Widal positiv ausfiel und die für Typhus gehalten wurde. Einige Zeit nachher war die Reaction auf den Bacillus typhosus verschwunden. Dabei machte *Durham* die Entdeckung, dass sein Blut auf *Gaertner* noch in 1 :100 reagirte.

Hierher gehört wohl auch eine Beobachtung, welche *Widal*[15]) mit dem oben erwähnten, von ihm Para-Colon benannten Bacillus gemacht hat, den er von einem Oesophagus-Abscess isolirt hatte. Bei einer Typhus-Reconvalescentin, bei welcher der früher constatirte Widal in 1 :20 bereits verschwunden war, ergab sich eine starke Reaction mit diesem Para-Colon. Die Patientin hatte wahrscheinlich keinen Typhus, sondern eigentlich einen Para-Typhus durchgemacht, während welchem eine mässige Zahl Typhusbacillen ihren Weg in die Circulation gefunden hatten.

---

[1]) *Gwyn,* Johns Hopkins Hospital Bulletin, 1898, p. 54.
[2]) *Schottmueller,* Deutsche Medicinische Wochenschrift, 1900, S. 511.
[3]) *Schottmueller,* Zeitschrift für Hygiene. Bd. XXXVIII.
[4]) *Kurth,* Deutsche Medicinische Wochenschrift, 1901, S. 501.
[5]) *Cushing,* Johns Hopkins Hospital Bulletin, 1900, p. 156.
[6]) *Petruschki,* Centralblatt für Bacteriologie. Bd. XIX., S. 187.
[7]) *Widal,* La Semaine Médicale, August 1897.
[8]) *Gaertner,* Correspondenzblätter des Allgemeinen Aerztlichen Vereins von Thüringen, 1888, No. 9.
[9]) *Durham,* British Medical Journal, 1898, II, p. 1797.
[10]) *Durham,* Lancet, 1898, I, p. 154.
[11]) *Durham,* British Medical Journal, 1898, II, p. 1797.
[12]) *Gwyn,* Johns Hopkins Hospital Reports. Vol. VIII.
[13]) *Durham,* Lancet, 1898, I., p. 154.
[14]) *Durham,* Lancet, l. c.
[15]) *Widal,* l. c.

Ueber einen mit Urotropin behandelten Fall von Enuresis nocturna.

Von Dr. Aug. Oreline.

Gegenüber den Legionen von neuen Mitteln, die im Laufe weniger Jahre unserem Arzneischatz eingereiht wurden, darf es wohl kaum in Erstaunen setzen, dass viele Collegen die angepriesenen Eigenschaften aller dieser Pulver und Pülverchen mit skeptischem Auge betrachten. In zahlreichen Fällen ist dieses Verhalten wohl gerechtfertigt, denn eine ganze Reihe dieser Medicamente könnte als mindestens überflüssig gestrichen werden, da wir schon länger ebenso gute und bessere Arzneistoffe besitzen.

Einem verhältnissmässig noch jungen Arzneimittel möchte ich indessen das Wort reden: ich meine das Urotropin. Es liegt mir fern, auf alle die Indicationen für die Darreichung des Urotropins einzugehen. Ich persönlich habe dasselbe in den beiden letzten Jahren häufig verschrieben und bin im allgemeinen mit den Resultaten zufrieden. So wurde beispielsweise dasselbe von mir angewandt bei zwei Patienten mit Gallensteinen, einem Patienten mit Nierensteinen, in einer ganzen Reihe von Fällen, wo es sich um Gicht handelte und um Blasencatarrhe; bei diesen letzteren, wenn schon lange bestehend, wurden auch Ausspülungen der Blase mit leichten Resorcinlösungen vorgenommen. Die Heilung bei gleichzeitiger Darreichung von Urotropin erfolgte hier prompter, wie nach der localen Behandlung allein.

Dass das Urotropin bei den angeführten Krankheiten, wenn auch nicht von specifischer, immerhin jedoch von guter Wirksamkeit ist, wird mir von vielen Collegen bestätigt werden, und beschränke ich mich mit diesem kurzen Hinweis auf die allgemeine Verwendung dieses Mittels in der Praxis.

Ich komme jetzt auf einen speciellen Fall, den ich mit Urotropin behandelte, zu sprechen. Derselbe schien mir interessant, und, wenn meine Beobachtung correct ist, so wäre die Bekanntmachung derselben gerechtfertigt. Leider habe ich in den zwei letzten Monaten nur diese eine Gelegenheit gehabt, den Versuch mit Urotropin anzustellen, da mir weiteres Material fehlte.

Im October dieses Jahres wurde mir ein Knabe von circa 9 Jahren in die Office gebracht, der nach Angabe seiner Mutter das Bett allnächtlich einmal, bisweilen zweimal nässte. Nichts

konnte dagegen gethan werden. Die Angehörigen waren in grosser Verzweiflung. Ich verschrieb 30 Pulver Urotropin @ 0,3 g, davon täglich 3 Pulver zu nehmen.

Nach einigen Wochen wurde derselbe Knabe mir wegen acuter Gastroenteritis wieder zugeführt. Auf Anfrage, wie es mit dem Bettnässen bestellt sei, erhielt ich die Antwort: der Junge sei geheilt.

Ich hatte mich im Laufe meiner Praxis davon überzeugt, dass die schon länger geübte mechanische Dehnung des Blasenschliessens nicht zum Ziele führte. Auch das Höhersteflen des Fussendes des Bettes, so dass der Blaseninhalt in Rückenlage mit dem Blasenschliesser nicht in Berührung kommen sollte, erwies sich als erfolglos. Dass aber die erhöhte Erregbarkeit des Blasenschliessers die Ursache für die unfreiwillige Entleerung der Blase abgiebt, unterliegt keinem Zweifel. Die Berührung dieses Muskels mit normalem Urin genügt, um in solchen Fällen denselben in Action zu setzen. Von dem Gedanken nun ausgehend, dass das Urotropin den Character des Harns verändert, oder wie ich mich dem Publicum gegenüber auszudrücken pflege, dass das Urotropin dem Harn die Schärfe nimmt, versuchte ich dasselbe in meinem Falle und hatte Erfolg.

Ich betone hier nun ausdrücklich, dass es mir fern liegt, die Behauptung aufzustellen, dass man das Bettnässen mit Urotropin heilen kann. Ich habe nur diesen einen Fall so behandelt, und der Zufall mag bei dieser Gelegenheit eine Rolle gespielt haben. Auch ist es mir sehr wahrscheinlich, dass im Laufe der nächsten Monate ich bei meinem Patienten wiederholt Urotropin werde geben müssen und zwar so lange bis dass der Blasenschliesser seine Empfindlichkeit verloren hat. Dass aber dies Ziel weit eher erreicht werden kann, wenn der betreffende Muskel nicht fortwährend gereizt wird, ist einleuchtend. Nun ist ja glücklicher Weise das Urotropin so unschädlich, dass man es ruhig längere Zeit fortgeben kann. Es würde mir sehr interessant sein, von anderen Collegen zu erfahren, ob auch sie schon daran gedacht haben, das Urotropin gegen das Bettnässen zu versuchen. Ich habe bis dato nichts darüber gehört oder gelesen.

Zum Schluss möchte ich noch anführen, dass ich schon vor 4 Jahren den Versuch machte, durch Abstumpfung des Urins die Erregbarkeit des Blasenschliessers herabzusetzen und so das Bettnässen zu verhüten. Ich verwandte damals zu diesem Zwecke das Ichthyol. Die Resultate waren nicht befriedigend.

Referate und Kritiken.

Electrotherapy by *George W. Jacoby, M.D.* In two books. Book I: *Electrophysics-Apparatus Required for the Therapeutic and Diagnostic Use of Electricity.* With 163 illustrations. Book II: *Diagnosis-Therapeutics.* Illustrated. P. Blakiston's Son & Co., Philadelphia, 1901.

Das vorliegende Handbuch der Electrotherapie bildet Band I und II von *Cohen's „System of Physiologic Therapeutics"*, das alle diejenigen therapeutischen Maassnahmen zur Darstellung bringen soll, welche mit Umgehung des Gebrauches von Arzneien bei der Behandlung Kranker sich als vortheilhaft und brauchbar erwiesen haben. Wie der Titel des Werkes schon andeutet, zerfällt dasselbe in zwei Abtheilungen, in einen theoretischen Theil, der den Leser in das Gebiet der Electricität einführt und ihn mit den erforderlichen Apparaten und deren Anwendung bekannt macht, sowie in einen angewandten Theil, in welchem die practische Verwerthung der Electricität resp. der im ersten Abschnitt veranschaulichten electrischen Apparate und ihrer Gebrauchsmethoden in diagnostischer und therapeutischer Beziehung zur Abhandlung kommt.

Was nun den ersten Theil anbetrifft, so ist die Darstellung in Wort und Bild eine so ungemein klare und leicht verständliche, dass auch der physicalisch nicht besonders vorgebildete Leser ihr folgen und sich so leicht und in genügendem Maasse diejenigen physicalischen Kenntnisse aneignen kann, die zum Verständniss und zur Handhabung der diagnostischen und therapeutischen Apparate auf dem electrischen Gebiete nothwendig sind. Dem practischen Bedürfnisse wird u. a. auch dadurch Rechnung getragen, dass Verf. in ausführlicher Weise die Methoden erö[illegible] welche die Verwendung der electrischen Strassleitungen, Gleichströme und Wechselströme, auch für medicinische Zwecke ermöglicht, sowie durch ein eingehendes Capitel über die Röntgen-Strahlen. Der zweite Theil beschäftigt sich mit der Electrophysiologie und Electropathologie, der Electrodiagnose und -Prognose, sowie der Electrotherapie im Allgemeinen und Speciellen. Näher auf den Inhalt einzugehen, ist hier nicht angängig, es genüge hervorzuheben, dass, was betreffs der klaren und leicht verständlichen Darstellungsweise bezüglich des ersten Theiles schon gesagt wurde, auch in vollem Maasse für den zweiten Theil gilt. Dass darin allein schon ein Hauptvorzug des Werkes zu erblicken ist, liegt auf der Hand, da nur auf diese Weise ein Handbuch der Electrotherapie einer grösseren Zahl von Lesern gerecht zu werden vermag.

Zum Schlusse müssen wir sagen, dass *Jacoby* seine Aufgabe in vorzüglicher Weise gelöst und ein in jeder Beziehung ausgezeichnetes Lehrbuch der Electrotherapie geliefert hat, dem wir die wei-

teste Verbreitung wünschen. Die Ausstattung des Buches von Seiten der Verlagshandlung ist eine vortreffliche, die zum Theil schematischen Abbildungen sind äusserst instructiv und erleichtern in hohem Maasse das Verständniss des Textes.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Litteratur.

Münchener Medicinische Wochenschrift.

1) *Cramer*: *Bacillol und Lysoform, zwei neuere Desinfectionsmittel.*

Das *Bacillol* stellt ein Theerdestilationsproduct, ähnlich dem Lysol dar. Das wirksame Princip desselben sind die Cresole, welche zu 52 Procent darin enthalten sind. Es hat mit dem Lysol die leichte Löslichkeit, wobei selbst bei hartem Wasser von ca. 14 Härtegraden eine leichte Trübung ohne wesentlichen Einfluss ist, die verseifenden, lösenden und desinficirenden Eigenschaften gemein, zeichnet sich aber vor demselben durch seine nahezu völlige Geruchlosigkeit — 2 bis 3 proc. Lösungen riechen fast gar nicht — und seinen geringen Preis, der nur etwa die Hälfte des Lysols beträgt, aus. Seine Giftigkeit ist etwa analog derjenigen des Lysols. C. hat das Mittel in der üblichen Weise bacteriologisch geprüft und ist zu der Anschauung gekommen, dass das Bacillol wohl berufen sein dürfte, an Stelle des Lysols zu treten, aber auch die Carbolsäure, die wohl mit Unrecht sich einer allgemeinen Beliebtheit erfreut, zu verdrängen.

Das *Lysoform*, eine parfümirte, nach Formalin riechende, öligseifige Flüssigkeit, ist anscheinend eine Lösung von Formalin in einer parfümirten Seife. Es löst sich leicht in Wasser, wobei allerdings bei hartem Wasser eine Ausfällung von Kalkseifen, welche allerdings die desinficirende Wirkung nicht stört, statt hat. Die Lösungen von 1—5 Proc. haben den Vortheil, dass sie nicht oder doch nicht in störender Weise nach Formaldehyd riechen; dazu besitzen sie erhebliche desodorisirende und kosmetische Eigenschaften. Die von C. angestellten bacteriologischen Versuche ergaben keine besonders günstigen Resultate. Staphylococcus aureus leistete einer 3 proc. Lösung wiederholt bis eine Stunde Widerstand, B. coli einer 3 proc. Lösung mindestens 10 Minuten; selbst der Typhusbacillus widerstand bis zu 30 Minuten bei Zimmertemperatur. Bei höherer Temperatur ergaben sich bessere Resultate, energischere Desinfectionswirkungen. Nach Ansicht des Verf. wird sich das Lysoform, weil es innerhalb der wünschenswerthen Frist von wenigen, 1—3, höchstens 5 Minuten die meisten vegetativen Formen der Bacterien bei Zimmertemperatur nicht sicher vernichtet, in die allgemeine Praxis keinen Eingang verschaffen, namentlich wenn man den hohen

Preis des Mittels in Betracht zieht. Ganz vorzügliche Eigenschaften dagegen besitzt das Lysoform nach den Versuchen des Verf. als Desodorans und Kosmeticum, besonders da, wo der Preis keine Rolle spielt. (1901, No. 41.)

2) *C. Tonzig*: *Ueber Auswaschung des Organismus bei der experimentellen tetanischen Infection.*

Die Serotherapie, welche gemäss den modernen Ergebnissen der Wissenschaft die rationellste Behandlung ist, hat hinsichtlich des Tetanus nicht völlig jenes Vertrauen gefunden, dessen sie sich in verschiedenen ähnlichen Infectionen bereits rühmt, obschon man hoffen kann, dass man von ihr sicher die Resultate erlangt, welche man zu erwarten hat. Es kommen daher beim Tetanus in zweiter Linie noch die Behandlungsmethoden in Betracht, welche wir palliative heissen, und denen zahlreiche Förderer zur Seite stehen, weil sie oftmals mit glücklichem Ausgang angewendet wurden. Zu diesen gehört jene therapeutische Operation, welche auf der Einführung einer indifferenten Flüssigkeit in die Blutmasse beruht, zu dem Zwecke, unter Benützung der regulirenden Kraft des Blutvolumens, welche unserem Organismus innewohnt, die verschiedenen Secretionen der drüsigen Oberflächen zu begünstigen und dergestalt Gifte oder Substanzen, welche schädlich sein können, zu entfernen. Dieses Verfahren hat den Namen der Auswaschung des Körpers erhalten. Schon seit einiger Zeit empirisch im Gebrauch in Form von Einführung grosser Quantitäten einfachen Wassers und zwar entweder durch den Magen oder durch das Rectum (Enteroclysen) verordnet, fand es schon im Jahre 1888 eine experimentelle Bestätigung. T. hat nun die Auswaschung des Körpers hinsichtlich des Tetanus experimentell an Thieren geprüft und gelangte zu den folgenden Resultaten:

Man kann nicht auf absolut günstigen Ausgang der Tetanusinfection bei Anwendung der Auswaschung des Organismus durch physiologische Kochsalzlösung auf peritonealem Wege hoffen. 2. Die Versuche zeigten, dass das Virus des Tetanus nicht kreisend im Organismus wirkt, sondern indem es sich an die Gewebselemente anhaftet. 3. Wenn das Eindringen des Toxins in den Organismus nicht auf stürmische Weise vor sich geht, verzögert die Auswaschung mit künstlichem Serum das Erscheinen der tetanischen Symptome und um einige Tage den Tod; es darf daher dieses Verfahren nicht völlig verlassen werden und man kann vielleicht zu ihm seine Zuflucht nehmen in Fällen, wo die Serumtherapie nicht sofort eintreten kann. (1901, No. 41.)

3) *H. Georgii*: *Ueber die Behandlung der Fingerverletzungen mit besonderer Berücksichtigungen der späteren Erwerbsfähigkeit.*

Die Behandlung der Fingerverletzungen geschieht sowohl bei vielen Aerzten als auch seitens nicht unbedeutender Specialisten

meistens noch nach den Grundsätzen des streng conservativen Verfahrens; gerade bei Fingerverletzungen dürfe man ja nichts kürzen, selbst wenn die Knochenenden frei zu Tage treten, die mit der Zeit eintretende Narbenschrumpfung werde die retrahirte Haut wieder über den Stumpf heranziehen u. dgl. mer. *Ledderhose* war der Erste, welcher auf Grund reicher Erfahrungen, Beobachtungen und Untersuchungen seine Stimme erhoben hat gegen diesen übertriebenen Conservatismus bei der Behandlung von Fingerverletzten, die ja meist der arbeitenden Klasse angehörig, durch dieses Verfahren gerade in ihren socialen Verhältnissen mehr geschädigt als gefördert würden. G. kann auf Grund seiner eigenen Erfahrungen der Anschauung *Ledderhose's* nur beistimmen. Der conservativen Methode hängen vor Allem folgende Hauptfehler an: die prima intentio ist ausgeschlossen und desswegen die Gefahr langdauernder Entzündungen und Eiterungen gross, diese führen zu Gelenksteifigkeiten, adhaerenten, bei jeder Berührung sehr schmerzhaften Knochennarben an den Fingerspitzen und -stümpfen und im weiteren Verlauf der Zeit zur Ausbildung der sogen. Glanzhaut. Die Verhütung dieser schwer wiegenden Folgen der Behandlung liegt in der Sorge für einen uncomplicirten Wundverlauf, der eine rasche Heilung ermöglicht. Beides ist aber nur möglich, wenn von Anfang an für eine genügende gutbewegliche Bedeckung der freiliegenden Knochen bezw. Knochenstümpfe gesorgt wird und zwar mit reichlicher normaler Haut unter Vermeidung auch nur der geringsten Spannung, d. h. es muss ohne Rücksicht auf die Länge des Fingers so viel von dem freiliegenden Knochen weggenommen werden, bis diese allein zweckmässige Bedeckung des Stumpfes vollkommen ausreicht. Das Resultat der von G. ganz im Sinne *Ledderhose's* behandelten Fälle war bei glattem Verlauf stets das gewünschte: gut verschiebliche Bedeckung des Stumpfes mit normaler Haut, keine adhaerenten Narben und damit keine oder nur unerhebliche Functionsstörungen. (1901. No. 41.)

4) *Zibell: Warum wirkt die Gelatine haemostatisch?*

Z. fand durch Vornahme einer Reihe von Analysen, dass die Gelatine als constanten Bestandtheil Kalk enthält und zwar im Durchschnitt etwa 0,6 Procent in der käuflichen Waare. Es würde mithin unter Zugrundelegung dieser Zahl ein Patient, dem 100 ccm einer 5 proc. Gelatinelösung beigebracht werden, 0,03 g Kalk erhalten und zwar in einer sehr leicht löslichen und dementsprechend auch leicht resorbirbaren Form. Berücksichtigt man nun die schon bekannten Beziehung zwischen Kalk und Blutgerinnung, dann weiter die eigenartige, dem pathologischen Anatomen hinlänglich bekannte Beziehung des Kalkes zu den Gefässwänden und endlich den in der Praxis erprobten günstigen Einfluss der Kalkpräparate auf Blutungen, so glaubt Z., zumal eine bessere Erklärung für die Gelatinewirkung bisher noch aussteht, als Ergebniss seiner Arbeit die Behauptung aufstellen zu

dürfen, dass bei ihrer Anwendung als Haematostaticum die Gelatine ihre Leistungsfähigkeit höchstwahrscheinlich in erster Linie ihrem Kalkgehalte verdankt. (1901, No. 42.)

5) *A. Labhardt: Zur Kasuistik und Behandlung der Fistula gastro-colica.*

L. empfiehlt Folgendes: Handelt es sich um Patienten, die zwar sehr heruntergekommen sind, bei denen aber doch noch die Möglichkeit einer radicalen Heilung besteht, so wird man in einer ersten Sitzung die Jejunostomie mit Localanaesthesie ausführen; hört nach der Operation das Erbrechen nicht auf, so wird man in der Zwischenzeit Magenspülungen machen. Haben sich die Patienten dann erholt, so kann man in einer zweiten Sitzung die Radicaloperation, d. h. die Colo-Colostomie mit Abtrennung des erkrankten Colonstückes vornehmen. Handelt es sich aber um Patienten, bei denen der Dünndarm seine Functionen noch beibehalten hat, bei denen also die Ingesta noch zum grössten Theil ihren normalen Weg nehmen, Patienten, die aber unter dem Erbrechen von faeculenten Massen sehr zu leiden haben — bei solchen wird die einfache Colo-Colostomie am Platze sein. Schliesslich giebt es Fälle, die operativ nicht mehr anzugreifen sind; die symptomatische Therapie, bestehend in Magenspülungen, Nährclystiren, Anwendung von Narcoticis, wird alsdann die Aufgabe haben, die Beschwerden nach Möglichkeit zu lindern. (1901, No. 42.)

6) *A. Schanz: Die Behandlung des angeborenen Schiefhalses mit offener Durchschneidung des Kopfnickers und Watte-Redressionsverband.*

Um die Entfernung der Muskelstümpfe nach der Durchschneidung des Kopfnickers aufrecht zu erhalten, benutzt man meistens den Gipsverband. Man fasst mit demselben den oberen Theil der Brust, den Hals und den Kopf und legt ihn in corrigirter Stellung des Halses an. Ein solcher umfangreicher Verband macht den Eindruck, als ob er seine Aufgabe in ausgezeichneter Weise erfülle, und doch thut er es nicht. Gerade darin, dass der Gipsverband die auf ihn gesetzten Erwartungen täuscht, liegt die Ursache für das so häufig eintretende Recidiv.

Die Erkenntniss dieses Umstandes liess Sch. nach einem Verband suchen, welchem die Mängel des Gipsverbandes nicht anhaften. Nach einigen Versuchen ist Verf. zu einem Verband gekommen, der Alles leistet, was von ihm gefordert werden kann, und der dabei den Vortheil bietet, viel einfacher als der Gipsverband zu sein. Er benutzt eine dicke Lage Watte, die mit Binden fest um den Hals zusammengedrückt wird. Die Anlegung des Verbandes geschieht folgendermaassen: Nachdem die Operationswunde durch einen kleinen aseptischen Wundverband gedeckt ist, umwickelt Sch. den Hals mit entfetteter Watte zunächst in 3—4facher Schicht. Diese Lagen werden unter mässi-

gem Druck mit Mullbinden festgelegt, darauf folgt wieder Watte und wieder Binden, die schon etwas straffer angezogen werden, und so fort mit sich steigerndem Druck. Der Verband drückt sich dann fest zwischen Brust und Thorax, er ist so hart, dass er, obgleich er aus weichem Stoff besteht, völlig die Rolle eines Fixationsverbandes erfüllt. Er ist dabei aber — und das ist der grösste Werth — so elastisch, dass er den Bewegungen des Thorax und des Kopfes folgt und sich stets wieder fest anschmiegt. Lockert sich der Verband, so wird er durch Umlegen einer Watteschicht und einer Binde wieder gespannt. Der elastische Druck des Verbandes ist so bedeutend, dass er, wie es Sch. in einem Falle passirte, zur Drucklähmung im Plexus brachialis führen kann dadurch, dass er die Clavicula gegen den oberen Thorax drückt und den Plexus auf diese Weise quetscht. Wenn man jedoch die Gefahr der Plexuslähmung beachtet, ist sie leicht durch rechtzeitiges Lockern des Verbandes zu umgehen. (1901, No. 42.)

7) *G. Woyer: Ein Beitrag zur Credé'schen Silbertherapie in der Cynäcologie und Geburtshilfe.*

Zunächst theilt Verf. seine Beobachtungen hinsichtlich des *Itrols* (Argentum citricum) mit. Dasselbe wurde von ihm bei recenter Uterusgonorrhoe und eitriger Urethritis angewandt und zwar in folgender Weise: Zunächst wurden Scheide und Cervicalcanal mit Itrollösung gesäubert und hierauf ein Itrolstäbchen (Rp. Itrol. ,5, Cerae alb. 1,5, Ol. Cacao 9,0, f. 30 Stäbchen von 3,4 cm Länge) in die Cervix eingeschoben und durch einen Tampon festgehalten. Diese Anwendungsart war nicht nur schmerzlos, sondern W. konnte auch bei sämmtlichen Fällen, bei 2—3mal wöchentlich stattfindender Anwendung, ein rasches Abnehmen des Ausflusses beobachten. Gleichzeitig verminderten sich aus die Gonococcen im Secret und waren nach 4—6wöchentlicher Behandlung völlig verschwunden. Ein Fortschreiten der Erkrankung über den Uterus hinaus fand in keinem der so behandelten Fälle statt, auch die eitrige Urethritis heilte durch Einführung von Itrolstäbchen bald aus.

Ganz besonders werthvoll zeigte sich auch die secretionsbeschränkende Wirkung des Itrols bei grossen Abscesshöhlen.

Sodann benutzte W. auch das *Collargolum*, das sogen. lösliche Silber. Es stellt eine allotrope Modification des metallischen Silbers dar und ist in Wasser fast löslich. In Folge dieser Eigenschaft vermag es auch in Salbenform dem Körper durch die Haut zugeführt zu werden. Von der ihm zugeschriebenen Allgemeinwirkung bei septischen Erkrankungen hat W. in drei Fällen so augenscheinliche Erfolge gesehen, dass er dieselben in seiner Arbeit näher beschreibt. W. hebt zugleich hervor, dass bei Durchführung einer Schmiercur mit Ung. Credé stets frische Salbe verwendet werden muss, da sich unter dem Einflusse von thermischen

und photochemischen Einflüssen sehr leicht eine Zersetzung derselben einstellt. In den drei von W. mitgetheilten Fällen, welche recht schwere Fälle puerperaler Sepsis repräsentirten, war die Wendung zum Besseren nach der durchgeführten Inunctionscur eine so auffallende, dass an einen aetiologischen Zusammenhang recht wohl gedacht werden kann und auch bei grosser Skepsis der Gedanke nahe liegend ist, dass das post hoc hier doch wohl ein propter hoc sein dürfte. W. betont, dass er seine Erfahrungen in erster Linie desshalb veröffentliche, um die Collegen zu Versuchen mit der Credéschen Medication anzuregen, die ihm in seiner Praxis sehr zufriedenstellende Resultate geliefert hat. (1901, No. 42.)

8) *M. Kaufmann: Ueber den Werth methodischer Tiefathmungen, insbesondere bei Seekrankheit.*

Das von *Heinz* empfohlene Hülfsmittel gegen Seekrankheit, den Brechreiz durch tiefe Einathmungen zu bekämpfen (s. Novembernummer ds. Monatsschr. S. 521), hat K. an sich selbst erprobt und zwar mit gutem Erfolge. Ueber die Frage, ob solche methodische Tiefathmungen als Hülfsmittel gegen die Seekrankheit von allgemeinem Werth sind und ob dieser mehr in der psychischen Ablenkung zu suchen ist oder in der krampfstillenden Wirkung der Apnoe, darüber wird eine grössere Erfahrung zu entscheiden haben. Aber schon allein als psychisch wirkendes Mittel scheinen K. die Tiefathmungen werthvoller zu sein, als die bisher gegen die Seekrankheit empfohlenen Ablenkungsmittel, wie die Phantasie durch eine bestimmte Vorstellung zu beschäftigen oder den Horizont oder einen bestimmten Gegenstand des Schiffes beständig zu fixiren. Vor diesen Methoden haben die Tiefathmungen den Vorzug, keine grosse Willensanstrengung zu erfordern und daher nicht zu ermüden. 1901, No. 42.)

9) *H. v. Ranke: Ueber die Behandlung des erschwerten Decanulements in Folge von Granulombildung nach Intubation und secundärer Tracheotomie.*

Verf. macht darauf aufmerksam, dass die hauptsächlichsten Ursachen, welche sich der definitiven Entfernung der Trachealcanüle entgegenstellen, als: Granulationswucherungen, Narbenstenosen, Schwellung und Verdickung der Kehlkopfschleimhaut im Bereiche des Ringknorpels, die sogen. Chorditis inferior, Gewohnheitsparese und endlich noch die so oft vorkommende Angst vor der Canülentfernung, am besten durch Intubation überwunden werden können. Zuweilen kommt es auch noch nach Intubation und secundärer Tracheotomie in Folge von Granulationswucherungen zu Stenoserscheinungen, indem sich nicht nur von der Trachealwunde, sondern zuweilen auch von Stellen aus, an welchen die Schleimhaut, sei es des Kehlkopfes oder der Trachea, durch die Tube lädirt war, Granulome bilden können. Dass

Granulombildungen nach der oberen Tracheotomie viel häufiger beobachtet werden, als nach der unteren, ist eine bekannte Thatsache. (1901, No. 43.)

10) *Trumpp*: *Das fernere Schicksal der überlebenden tracheotomirten und intubirten Kinder.*

In einer Mittheilung „Prédispositions tuberculeuses" auf dem Tuberculose-Congress zu Berlin äusserte sich Prof. *L. Landouzy*-Paris wie folgt: „Ebenso steht es, gegenüber dem bacillären Contagium, mit der Empfänglichkeit von ehedem wegen diphtheritischen Croups tracheotomirten Kindern, von denen wenige das Mannesalter erreichen. Beweis dafür ist, dass unter den Erwachsenen, die sich zur militärärztlichen Untersuchung stellen, sich nur ausnahmsweise solche befinden, deren Hals die Spuren einer ehedem ausgeführten Tracheotomie aufweist. An welche Art der Krankheitsentwicklung man auch immer denken mag, um es zu erklären, dass wegen Croup ehedem Tracheotomirte von der Schwindsucht befallen nicht oft das 20. Lebensjahr erreichen, die Thatsache behält ihren grossen Werth und zeigt, dass die Tracheotomie, indem sie im menschlichen Organismus den Grund zur Tuberculose legt, auch ihrerseits erworbene Disposition schafft."

T. hat nun sowohl bei der obersten militärärztlichen Behörde in München als auch bei sonstigen Behörden Nachfrage gehalten und auf Grund des auf diese Weise gesammelten und verarbeiteten Materials gefunden: 1. dass *Landouzy's* Angaben über das fernere Schicksal der Tracheotomirten, für Deutschland wenigstens, widerlegt erscheinen, dass die Tracheotomie offenbar nur in Ausnahmefällen Prädisposition für Tuberculose schafft, 2. aber, und das erwähnt T. besonders im Hinblick auf die bayrischen Militärärzte, dass immerhin ein nicht unbedeutender Procentsatz der ehedem Operirten an gewissen Folgeerscheinungen zu leiden hat, und zwar gilt dies nicht ausschliesslich für die Tracheotomirten, sondern auch für die Intubirten. (1901, No. 43.)

11) *M. Pfaundler*: *Zur Kenntniss der „Spätstörungen" nach Tracheotomie und Intubation.*

Auf Grund des in der pädiatrischen Universitäts-Klinik in Graz zusammengestellten Materials lässt sich sagen, dass Erkrankungen des Respirationstractes bei ehemals Intubirten nicht öfters gesehen wurden, als schätzungsweise der spontanen Erkrankungswahrscheinlichkeit der Kinder in dem Zeitraume von 2—12 Jahren entspricht. Ein Zusammenhang der ausnahmsweise constatirten Erkrankung mit der Operation ist in keinem Falle auch nur einigermaassen wahrscheinlich. Von ernsten Spätstörungen nach Intubation ist somit, soweit die gewonnene Erfahrung reicht, nichts zu eruiren. Bei tracheotomirt und intubirt gewesenen Kindern hingegen fanden sich nach Jahren in einem verhältnissmässig erheblichen Procentsatz der Fälle Krankheits-

zustände auf dem Gebiete des Respirationstractes, die theils mit Bestimmtheit, theils mit grosser Wahrscheinlichkeit auf den vorgenommenen Eingriff zurückgeführt werden können. Das Ergebniss dieser Nachforschungen ist somit geeignet, zu zeigen, dass auch in Bezug auf die eventuell zu gewärtigenden Spätstörungen der schonende Eingriff der Intubation jenem der Tracheotomie bei weitem vorzuziehen ist, ein Umstand, der das seit Langem bestehende Bestreben, den Indicationskreis der letzteren zu Gunsten der ersteren einzuschränken, gerechtfertigt erscheinen lassen mag. (1901, No. 43.)

12) *Jesionck*: *Zur Protargolbehandlung der Gonorrhoe.*

Auf der dermatologischen Klinik von Prof. *Posselt* in München wurde gefunden, dass Blasenausspülungen, welche mit *erwärmten* Lösungen von Protargol vorgenommen wurden, nicht immer, aber recht häufig einen negativen Effect ergaben im Gegensatz zu Spülungen, bei welchen die Flüssigkeit nicht erwärmt worden war. Als Hauptquelle dieser therapeutischen Misserfolge wurde bald die vorgenommene Erwärmung der zu den Spülungen, Injectionen und Instillationen verwendeten Lösungen kennen gelernt. Es wurden seither ausschliesslich Lösungen von gewöhnlicher, nicht auf Körperwärme erhöhter Temperatur gebraucht. Noch wichtiger aber für den therapeutischen Erfolg als das Erwärmen, resp. Nichterwärmen der bereiteten Lösungen unmittelbar vor der Application ist: Die Lösungen selbst müssen in der Kälte hergestellt werden. Ferner hält Verf. Herstellung von Protargollösungen unter Glycerinzusatz für nicht zweckmässig. Ein zwingender Grund, Glycerin zuzusetzen, liegt überhaupt nicht vor. Protargol löst sich in kaltem Wasser bis zu einem Procentsatz, welcher für die Behandlung der Gonorrhoe gar nicht mehr in Betracht kommt, bis zu 50 Proc. nämlich. Achtet man darauf, dass die Lösungen in richtiger Weise zubereitet werden, dass dieselben vor ihrer Application auf die Schleimhäute nicht erwärmt werden, dass nur frische Lösungen stets in Anwendung gebracht werden, so wird man die Vorzüge des Protargols erkennen und wohl nicht in Abrede stellen, dass seine Einführung einen ganz wesentlichen therapeutischen Fortschritt bedeutet.

Was den Concentrationsgrad der Lösungen betrifft, so wurde beinahe in jedem Falle mit ¼ proc. Lösungen begonnen. Es ist dies derjenige Procentgehalt, welcher auch während des weiteren Verlaufes der Behandlung am meisten bevorzugt wurde. Es kommt ihm die geringste Reizwirkung zu, und es hat den Anschein, als ob die Tiefenwirkung des Protargols in umgekehrtem Verhältniss zur Concentration seiner Lösung stünde. Andererseits scheinen Lösungen von ¾ bis 2 Procent bei den verschiedenen Graden der Entzündungszustände älterer Infectionen sich so lange günstig zu erweisen, als eine gewisse, relativ graduirte Reizwirkung an und für sich indicirt erscheint. (1901, No. 45.)

13) *P. Edel*: *„Cyklische" Albuminurie und neue Gesichtspunkte für die Bekämpfung von Albuminurien.*

E. hat eine Reihe interessanter Versuche und Untersuchungen angestellt bezüglich der Eiweissausscheidung, als deren wichtigsten Ergebnisse die folgenden Sätze hier mitgetheilt werden sollen: Die deutliche Abnahme resp. das Schwinden des Eiweisses am Nachmittag bei cyclischer Albuminurie wird durch die Aufnahme des Mittagessens veranlasst. Bei ungünstigen Bedingungen für die Niere, die sich vorher durch maximale Eiweissausscheidung kundgiebt, erzielt das Kali aceticum bei der cyclischen Albuminurie einen völlig eiweissfreien Harn, während es zur Wirkung geangt. Die Bedeutung des Kali aceticum und wahrscheinlich auch der meisten anderen Diuretica ist eine viel grössere, als bisher angenommen wurde. Ihre Hauptwirkung müssen wir in der unmittelbaren Herabsetzung des Eiweissgehaltes suchen. Bei den Versuchen über den Einfluss von warmen resp. heissen Bädern auf die Eiweissausscheidung zeigte sich das analoge Verhalten wie bei Anwendung der Diuretica: Vermehrung und entsprechendes Hellerwerden des Harnes, verbunden mit einer Abnahme des Eiweissgehaltes. Auch der günstige Einfluss der Horizontallage auf die Eiweissausscheidung geht mit einer Vermehrung der Harnmenge einher. Es lässt sich also bei sämmtlichen Maassnahmen, die bisher in der Therapie der Nierenkrankheiten zur Anwendung kamen, der Parallelismus zwischen Steigerung der Harnmenge und dem günstigen Einfluss auf die Albuminurie darthun. (1901, No. 46.)

14) *L. Geret*: *Einwirkung steriler Dauerhefe auf Bacterien.*

Die Dauerhefe ist bekanntlich (s. No. 5 ds. Jhrgs. der Monatsschr., S. 239—241) eine durch geeignete Behandlung mit Alcohol und Aether abgetödtete und entwässerte reine Bierhefe. Sie stellt ein leichtes, staubtrockenes, gelblich-weisses Pulver dar. G. hat mit der sterilen Dauerhefe im hygienischen Institut der Universität München eine Reihe von bacteriologischen Versuche angestellt, deren Resultate sich in folgender Weise zusammenfassen lassen: 1. Die gährkräftige Dauerhefe äussert bei Zuckerzusatz auch in vitro eine bactericide Wirkung; 2. gährunwirksame Dauerhefe oder gährwirksame ohne Zuckergegenwart äussern viel geringere Wirkung; 3. die eigentliche Ursache dieser Wirkungen ist nicht völlig klargestellt. Vielleicht handelt es sich um einen combinirten Einfluss der Zymase, der proteolytischen Enzyme, des entstehenden Alcohols, der Kohlensäure und der concentrirten Zuckerlösung. Vielleicht spielen auch die bei der Gährwirkung eintretenden Diffusionsvorgänge eine wichtige Rolle. (1901, No. 46.)

15) *C. Hirsch*: *Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre vom sogen. Fettherzen.*

H. fasst die Leitsätze, die bei der Beurtheilung der Herzbe-

schwerden Fettleibiger maassgebend sein sollen, in folgender Weise zusammen:

1. Ein Fettherz als Krankheit sui generis giebt es nicht. H. stimmt *v. Leyden* vollkommen bei, wenn er die Bezeichnung „Fettherz" durch „Herzbeschwerden Fettleibiger" ersetzt wissen will.

2. Diese Herzbeschwerden sind verschiedener Art und haben verschiedene Ursachen.

3. Treten bei einem jüngeren muskelschwachen Fettleibigen (etwa unter 40 Jahren) Erscheinungen von Herzschwäche auf, so müssen wir zunächst daran denken, dass dieselbe durch das Missverhältniss zwischen Körpermasse und Herzkraft bedingt sein kann. Dabei muss aber insbesondere durch eine genaue Anamnese festgestellt sein, dass keine Anhaltspunkte für die Annahme einer Coronarsclerose oder einer schweren functionellen Schädigung bestehen.

4. Bei muskelstarken Fettleibigen (auch jüngeren Individuen) mit Herzinsuffiienz muss in erster Linie an das Vorhandensein anatomischer oder schwerer functioneller Schädigungen gedacht werden. Es sind vor Allem die Arteriosclerose, insbesondere Coronarsclerose, Nierenveränderungen, Arteriosclerose der Splanchnicusgefässe und chronische Myocarditis in Betracht zu ziehen.

Hinsichtlich der Therapie muss strenge unterschieden werden zwischen Fettleibigen mit leistungsfähigem und solchen mit geschwächtem Herzmuskel. Nur für die ersteren eignen sich eingreifende Entfettungscuren. (1901, No. 47.)

16) *R. Spiro*: *Ueber die Wirkung der Alcoholclysmen auf die Magensaftsecretion beim Menschen.*

Auf Grund seiner Versuche beim Menschen kommt Sp. zu den folgenden Schlussfolgerungen: 1. Alcohol absolut. und alcoholhaltige Getränke wirken bei rectaler Anwendung magensafttreibend. 2. Die Wirkung tritt meistens bereits nach Verabreichung von 7—10 ccm Alcohol absolut. resp. nach alcoholischen Getränken auf, die einem Alcoholgehalt von 7—10 Proc. entsprechen. 3. Die höchsten Säurewerthe sind beiläufig eine Stunde nach den Clysmen zu bemerken; darnach nehmen sie gradatim wieder ab. 4. Bei Achylien, sowie bei einem Falle von Carcinoma ventriculi konnte nach Verabreichung von Alcoholclysmen keine Wirkung bemerkt werden. (1901, No. 47.)

17) *Fischer*: *Zur Behandlung des Milzbrandes mit intravenösen Injectionen von löslichem Silber* (*Collargolum*).

Der Fall kam im Carolahaus zu Dresden zur Beobachtung und war mindestens als ein mittelschwerer zu bezeichnen, dessen Prognose eine äusserst schlechte war. Ausgedehnte Incisionen, von denen abgesehen worden war, um die Wirkung des Argen-

tum colloidale einwandfrei beobachten zu können, hätten natürlich die Prognose gebessert, höchst zweifelhaft wäre sie aber auch dann noch geblieben, und im besten Falle hätte dann die Krankheit einen sehr viel längeren Verlauf genommen und beträchtliche Entstellungen zurückgelassen. Es wurden drei Injectionen gemacht und zwar an drei aufeinander folgenden Tagen je 5 ccm einer 1 proc. Lösung jedes Mal direct in die linke Vena cephalica. Der dadurch erzielte Erfolg war ein vorzüglicher, es wurde dadurch einwandfrei eine sofortige Besserung, eine sehr baldige Sistirung der Infection, eine kurze Genesungszeit und eine Abheilung mit Wiederherstellung normaler örtlicher Verhältnisse erreicht. Wie in allen Fällen interner Behandlung mit Argentum colloidale trat auch hier nach einigen Stunden zunächst Ruhe und spontaner Schlaf ein, dann subjectives Besserbefinden und Schweiss, später erst der Rückgang der örtlichen Entzündung. Nachtheile der intravenösen Injection sind auch in diesem Falle nicht beobachtet worden, auch nicht ein Frost einige Zeit nach der Injection. Es war aber auch sorgsam vermieden worden, dass ungelöste oder ausgeschiedene Silberpartikelchen mit injicirt wurden. (1901, No. 47.)

18) *A. Flockemann: Zur Beeinflussung der Ausfallserscheinungen beiderseitig kastrirter Frauen durch Ovarialpräparate.*

F. hat eine Anzahl von ovariotomirter Frauen, welche Ausfallserscheinungen darboten, mit Ovarialtabletten (*Merck*) gefüttert. Es wurde im Allgemeinen mit 3 mal täglich 1—2 Tabletten 1—2 Wochen lang begonnen. Die Frauen, bei welchen eine periodische Wiederkehr der Erscheinungen zu erkennen war, bekamen das Präparat eine Woche lang vor den zu erwartenden Anfällen. Eine üble Wirkung der Tabletten ist bei keiner der Patientinnen aufgefallen. Häufig stellen sich in den günstig beeinflussten Fällen eine gewisse Zeit nach dem Aussetzen des Mittels die Beschwerden — wenn auch in geringerem Grade — wieder ein, so dass neue Verabreichung nothwendig wird. Das Resultat seiner Beobachtung der auf diese Weise behandelten Frauen fasst F. in folgenden Sätzen zusammen: Die oft sehr lästigen Ausfallserscheinungen nach doppelseitiger Oophorectomie werden durch Ovarialpräparate nicht regelmässig, aber doch hinreichend häufig günstig beeinflusst, um in jedem Falle einen Versuch damit anzustellen. Die Ovarialpräparate sind unschädlich. Bei der Operation soll man stets an den Versuch denken, Ovarialgewebe zu erhalten, um Ausfallserscheinungen vorzubeugen. (1901, No. 48.)

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York.

Montag, den 7. October 1901.

17 West 43. Strasse.

Präsident Dr. *Geo. W. Jacoby* eröffnet die Sitzung um 8.15.

Secretär Dr. *John A. Beuermann* verliest das Protocoll der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird.

Präsident Dr. *Geo. W. Jacoby*: Da Herr Dr. *Gleitsmann*, welcher zum Vorsitzenden des Waldeyer-Comités erwählt worden war, in der letzten Comitésitzung nicht zugegen war, so will ich kurz berichten, was in dem Comité beschlossen worden ist. Zunächst hat Herr Prof. *Waldeyer* sich mit Freuden bereit erklärt, den Empfang anzunehmen und wird am 26. October hierher kommen. Das Comité hat Delmonico für das Bankett ausgesucht, und soll das Bankett um 6.30 beginnen. Was auswärtige Gäste anbelangt, so hat Ihr Präsident einige mehr als sechs eingeladen, und die Herren haben alle, mit einer Ausnahme, angenommen. Wir können also mit Zuversicht darauf rechnen, dass wir eine ausgezeichnete Repräsentation von Gästen haben, und ich hoffe, dass auch die Mitglieder der Gesellschaft sich die Sache angelegen lassen sein und zahlreich mit ihren Freunden erscheinen werden. Die Eingeladenen betrachten es alle als eine grosse Ehre, bei einer derartigen Feier zugegen sein zu dürfen, so dass auch unsere Mitglieder nicht versäumen dürfen, an der Feier theilzunehmen.

Dr. *S. Breitenfeld* (Secretär des Comités): Ich füge dem Bericht hinzu, dass ich bis jetzt 21 Anmeldungen von Mitgliedern bekommen habe. Die Einladungen sind am Freitag ausgeschickt worden, und ich glaube, dass die Betheiligung eine zahlreiche werden wird.

Präsident Dr. *Geo. W. Jacoby*: Wir sollten jetzt zur Wahl des Prof. *Waldeyer* zum Ehrenmitglied schreiten, und ich bin bereit, irgend einen Antrag in dieser Richtung entgegenzunehmen.

Dr. *J. W. Gleitsmann*: Die Herren wissen, dass es der Sinn des Comités und des Verwaltungsrathes ist, Herrn Prof. *Waldeyer* ausser dem Bankett noch eine andere Ehrenbezeichnung seitens des Vereins zu bereiten, und die Herren, welche die Sache in die Hand genommen haben, sind der Ansicht, dass wir das nicht besser thun können, als wenn wir ihn zu unserem Ehrenmitglied erwählen. Um dies aber zu ermöglichen, ist es nothwendig, dass wir für diesen einzelnen Fall eine Suspendirung der Statuten votiren. Nach den Statuten könnten wir heute die Wahl nicht vornehmen, sondern der Name müsste zuerst auf das Programm gesetzt werden, und die Wahl könnte erst im nächsten Monat stattfinden. Ich stelle daher den Antrag, die Statuten für diesen einzelnen Fall zu suspendiren und die Wahl des Herrn Prof. Dr. *Waldeyer* zum Ehrenmitglied heute vorzunehmen. (Unterstützt.)

Die Versammlung beschliesst diesem Antrag gemäss, die Regeln für diesen einzelnen Fall beiseite zu setzen und beauftragt demnächst den Secretär, eine Stimme für Herrn Prof. *Waldeyer* abzugeben.

Präsident Dr. *Geo. W. Jacoby*: Ich erkläre nunmehr Herrn Prof. Dr. *Waldeyer* einstimmig zum Ehrenmitglied der Gesellschaft gewählt.

1. *Vorstellung von Patienten und Demonstration von Apparaten.*

Dr. *J. W. Gleitsmann*: Herr Blumenthal, den ich Ihnen hiermit vorstelle, war kürzlich in meiner Office und hat mir einen neuen Apparat für Vibrations-Massage gezeigt, der nicht nur für Neurologen bestimmt ist. Ich habe geglaubt, dass es für Sie alle von grossem Interesse sein würde, den Apparat zu sehen, und habe daher Herrn Blumenthal ersucht, den Apparat heute mitzubringen.

Herr Blumenthal demonstrirt den Apparat. (System von Bihlmaier, Braunschweig.)

Discussion. Präsident Dr. *Geo. W. Jacoby*: Ich möchte persönlich zu dieser Demonstration erwähnen, dass ich viele Jahre lang mit derartigen Vibrationsapparaten zu kämpfen gehabt habe, und es wird mir ein Vergnügen sein, Ihnen das nächste Mal die verschiedenen Apparate, die ich zu Hause habe, vorzuführen. Sie werden daraus die Entwickelung dieser Apparate deutlich erkennen können. Ich fing seiner Zeit, ungefähr vor 15 oder 20 Jahren, an mit musikalischen Instrumenten für Vibration zu arbeiten. Ich liess mir Stimmgabeln auf einem Resonanzboden construiren, und von dem Resonanzboden wurden durch einen Stift die Vibrationen, welche mittelst des electrischen Hammers in den Stimmgabeln hervorgebracht wurden, weitergeleitet. So liessen sie sich nun auf die einzelnen Nerven übertragen. Dann ging ich weiter und liess mir einen sog. electrischen Hammer construiren, mittelst welchem man unmittelbare und regulirbare Stösse erzielen konnte. In der letzten Zeit habe ich die Luft verwendet, und der letzte Apparat leistet für mich das möglichst Grosse, indem jeder Schlag oder jeder Zug nie fest und rauh, hölzern oder metallisch ist, sondern einzig und allein so, wie ein Luftkissen einen derartigen Stoss oder Zug hervorbringen kann. Sie bekommen durch einen derartigen Apparat entweder endlos Stösse und Züge alternirend oder Sie bekommen einen Zug und damit ein Anziehen wie eine luftleere Tasse. Die Mannigfaltigkeit der dadurch hervorgebrachten Proceduren scheint mir sehr gross zu sein, und ich dachte mir, dass es im Anschluss an die heutige Demonstration Ihnen vielleicht von Interesse sein würde, wenn ich Ihnen das nächste Mal die drei verschiedenen Apparate vorzeige.

Dr. *Carl Beck* (Roentgenbilder demonstriren): Ich möchte Ihnen zunächst den Fall eines wegen Lungenabscess von uns behandelten Mannes von 25 Jahren vorstellen. Derselbe, ein „rauher Krieger" der Armee der Vereinigten Staaten, fiel, nachdem er vor 3 Jahren den erratischen Kugeln der Hidalgos glücklich entgangen war, bei den Friedensfestlichkeiten einem in den Rücken geführten Messerstoss zum Opfer. Die Reaction war zunächst so gering (Patient war noch im Stande gewesen, nach Hause zu gehen), dass man eine Verletzung der Lunge ausschliessen zu können glaubte. Nach Verlauf dreier Tage stellte sich jedoch Schüttelfrost, Haemoptoe und Seitenstechen ein. Es entwickelte sich eine Pleuro-

pneumonie mit der Bildung eines eitrigen Exsudates, welches mittelst Schnitts im November 1898 entleert wurde. Die Eiterung bestand jedoch weiter und so wurde in einem Hospital eines Nachbarstaates eine Rippenresection ausgeführt, nach welcher der Zustand sich erheblich besserte. Eine völlige Heilung trat jedoch nicht ein. Als ich im September 1901 den Patienten untersuchte, konnte ich mässige Dyspnoe, abgeschwächtes bronchiales Athmen und Rasselgeräusche constatiren. Ferner zeigten sich elastische Fasern. Bei der Injection von Flüssigkeiten in die Fistelöffnung stellten sich sofort vehemente Hustenanfälle ein. Auch trat wenige Minuten nach der Einführung eines Jodoformgazestreifens in die Wundhöhle Jodoformgeschmack im Munde auf. Nachdem ich nach meiner Methode der Orientirungsresection mir zunächst die Pleuraöffnung zugänglich gemacht hatte, erwiesen sich die Ränder derselben als enorm hypertrophirt — stellenweise beinahe zwei Centimeter dick. Dieselben wurden abgetragen und nun gelangte ich in eine 16 Centimeter tief in das Lungengewebe hineinführende Höhle von mässigem Umfang. Nach Ausräumung der die Höhlenwand auskleidenden Granulationen wurde die Cavität mit Jodoformgaze lose ausgefüllt, wonach die Heilung schnell von statten ging.

Man beachte auf dem Röntgenbild die verschiedenen Schattennuancen des Abscesses, die dunklen Ränder des umgebenden verdickten Pleuragewebes und die Rippenstümpfe. Die oberen Portionen derselben deuten die Resection an, welche zwei Wochen nach der Vornahme derselben skiagraphirt waren, während die unteren Zeugniss von der vor nahezu drei Jahren ausgeführten Rippenresection ablegen. Die Art der Knochenproliferation, wie sie nach unseren Beobachtungen fast nach jeder Rippenresection eintritt, ist durch die Brückenbildung zwischen der siebten und achten Rippe illustrirt.

Die Natur in ihrem bewunderungswürdigen Heilbestreben lässt bei alten Pleuraempyemen die Rippen näher aneinanderrücken, und wenn man ein solches Phänomen skiagraphisch darstellt, so kann man auch leicht begreifen, warum ohne ausgedehnte Rippenresection eine weitere Verkleinerung der Höhle unmöglich ist. Ich beobachtete namentlich bei Kindern zuweilen ein förmliches Uebergreifen der unteren über die obere Rippe, gerade als ob sich die eine in die andere einschachteln wollte und hatte grosse Schwierigkeiten ein Elevatorium zwischen die Rippenbarriere zu zwängen. Ich machte mir diesen Fall zur Erforschung der Fremdkörperfrage in den Lungen dienstbar, indem ich eine Münze nebst Sonde, in einen Jodoformgazestreifen gehüllt, in die Lungenabscesshöhle einführte und von allen Seiten bestrahlte. Ich konnte dann mittelst Bleibuchstaben genau localisiren.

Ich erlaube mir, Ihnen ferner einen alltäglichen Fall vorzuführen. Dieses kleine Mädchen erlitt vor einigen Tagen eine Fractur des carpalen Endes des Radius. Es ist das, wie Sie wissen, die allerhäufigste Fractur, welche wir überhaupt beobachten. Man nennt sie die klassische Radiusfractur, in der fälschlichen Ansicht, dass sie eine sich gleichbleibende Verletzung der carpalen Radiusepiphyse darstellt, welche durch eine gabelförmige Dislocation der Fragmente characterisirt sei. Die Röntgenstrahlen weisen jedoch auf das häufige Vorkommen seitlicher Disloca-

tionsstellen hin, woraus wir die Lehre ziehen, dass wir bei seitlicher Dislocation auch seitliche Reduction und Immobilisation vornehmen müssen. Häufig ist auch die Ulna nach aussen gebogen oder mit fracturirt. (Demonstration der Röntgographie.)

Der nächste Fall betrifft eine Dame, die am Kommen verhindert wurde. Indess das Bild illustrirt den Fall deutlich genug. Sie werden finden, dass hier dieselbe Fracturform vorliegt, der Hals der Ulna jedoch mitgebrochen ist. Der Fall zeigt, warum manche Patienten, selbst wenn sie nach einem Handgelenkbruch keine nennenswerthe Deformität haben, intensive Schmerzen empfinden, wenn man ihre Hand biegt. Dieser Patientin zum Beispiel schwoll die Hand immer sehr an, wenn ihr Arzt Bewegungen ausgeführt hatte. Das erklärt sich dadurch, wie Sie aus diesem Bild entnehmen wollen, dass das spitze Ulnarfragment, welches in schiefer Stellung anheilte, in das Fleisch einschneidet. In solchen Fällen muss man desshalb entweder mit einer Ankylose zufrieden sein, oder man hat die vorstehenden Spitzen abzumeisseln.

Einen weiteren sehr interessanten Bruchfall repräsentirt dieser fünfjährige Knabe, welcher am 24. August dieses Jahres aus dem zweiten Stockwerk eines Hauses fiel. Der alsbald citirte College war sich über die Bedeutung der Verletzung sofort klar, denn er constatirte nebst einigen unbedeutenden Contusionen einen Bruch des Condylus externus humeri und empfahl die Fürsorge eines Specialisten. Pat. wurde daraufhin in ein Hospital gebracht, wo, soweit ich aus dem mir gewordenen Bericht ersehen konnte, der Arm in Streckstellung immobilisirt wurde. Nach Verlauf von 5 Wochen verliess Pat. das Hospital, da er sich wohl befand und jede Schwellung verschwunden war. Nur konnte der Ellbogen nicht in Beugestellung verbracht werden. Als ich um diese Zeit Pat. zum ersten Mal zu untersuchen Gelegenheit fand, konnte ich palpatorisch eine nach oben und unten leicht verschiebliche Knochenmasse auf dem Niveau des Condylus externus nachweisen. Die Röntgenuntersuchung ergab folgenden Befund: Die erste Aufnahme, bei welcher das Gelenk auf der Streckseite aufliegend dargestellt wurde, zeigt das Vorhandensein eines Knochenfragments, welches die hier sehr angebrachte Form eines Fragezeichens darbietet. (Röntgenbild.) Der Raum zwischen den oberen Gelenkenden der Speiche und Elle einerseits und dem unteren Gelenkende des Oberarmknochens andererseits scheint leer zu sein, was sich durch die in diesem Alter noch vorhandene theilweise Transparenz der Epiphysenknorpel erklärt. Während der ersten Lebensjahre erscheinen nämlich auf dem Röntgenbild überhaupt nur die Schatten der Knochendiaphysen, während die cartilaginösen Gelenkenden einen nur unter besonders günstigen Umständen erzielbaren Schatten werfen, welcher kaum dichter ist, als der der umgebenden Weichtheile. Diese Verhältnisse müssen, um Irrungen in der Schattendeutung zu vermeiden, genau bekannt sein. Es wäre sehr wünschenswerth, wenn eine Commission von Chirurgen die Verhältnisse der Epiphysenverknöcherung präcisirte, denn bis dato divergiren die in den Lehrbüchern niedergelegten Ansichten über die verschiedenen Perioden des Verknöcherungsprocesses der Epiphysen nicht unbeträchtlich. Wir kommen weiter unten darauf ausführlicher zurück.

Das in Supinationsstellung aufgenommene zweite Röntgenbild zeigt das Gelenk in seitlicher Projection, so dass das Fragment etwas grösser erscheint. Auch tritt der Knorpeltheil in Folge kürzerer Belichtung etwas deutlicher hervor. Beim zweiten Röntgenbild zeigt sich das untere Ende des Fragmentes bis dicht unter die Cutis reichend. Dort ist auch im Einklang damit eine geringgradige Prominenz wahrnehmbar. Ich beschloss nun zunächst, dieses losgelöste Fragment zu reponiren und mittelst Knochennaht zu befestigen und führte demgemäss am 28. September einen Längsschnitt über das lose Fragment hinweg. Dasselbe hing nur ganz lose mit dem umgebenden Gewebe zusammen. Das Gelenkende, bestehend aus der Eminentia capitata und einem kleinen Theil der Trochlea, kehrte sich der Fläche des Diaphysenfragmentes zu, während die fracturirte Fläche des kleinen Fragmentes der Haut anlag. Es hatte sich also total um seine Achse gedreht. Seine Ernährung schien uns desshalb bei einer Annäherung an die Diaphyse gefährdet und so zog ich vor, es zu entfernen.

Der grösste Theil des Fragmentes besteht, wie Sie hier sehen, aus Knorpel und nur eine kleine seitliche Zone stellt wirkliches Knochengewebe dar. Der letztere findet sich namentlich auf erster Illustration deutlich ausgeprägt. Der Arm liess sich nach der Entnahme des Fragmentes ohne jegliche Anstrengung in Beugestellung verbringen. Reaction trat nach der Operation nicht ein. Nach einer Woche schon begannen wir passive Bewegungen zu machen und ist das Endresultat trotz des Ausfalles eines so wichtigen Knochentheils recht gut.

Hätten die Angehörigen des Patienten der Aufforderung des ersten Collegen, durch eine sofortige Röntgenaufnahme den anatomischen Character der Fractur klar zu stellen, gefolgt, so würde die Achsendrehung des Fragmentes so früh erkannt worden sein, dass eine Reposition desselben noch möglich gewesen wäre. Es ist wahr, dass die Reposition nicht immer leicht ist, da der Kopf des Radius, indem er durch den Zug des M. Biceps in die Höhe rückt, die Verschiebung des Fragmentes sehr begünstigt. Aber die Röntgencontrolle überwindet alle Schwierigkeiten.

Der nächste Fall illustrire, von wie grosser Bedeutung bei der Fractur *beider Vorderarmknochen* eine genaue Adaptirung der Bruchstücke für die spätere Function der Vorderarmknochen ist. Wenn schon die Einzelfractur des Radius oder der Ulna die Supination zu hindern im Stande ist, wodurch die Ausübung manches Gewerbes geradezu illusorisch werden mag, wie viel mehr muss eine Winkelstellung oder gar ein Uebereinandergreifen der Fragmente bei beiden Vorderarmknochen die Function beeinträchtigen. Der folgende Fall möge dieses illustriren: Vor einem halben Jahre wurden beide Vorderarme eines Fabrikarbeiters von einem Treibriemen erfasst und um ein grosses Rad herumgeschleudert, in Folge dessen die Vorderarmknochen beiderseitig fracturirten. Pat. wurde alsbald in ein Hospital verbracht, wo man sich sofort bemühte, die bedeutende Dislocationsstellung der vier gebrochenen und theilweise zersplitterten Knochen zu reduciren. Es hatte zuerst den Anschein, als ob die Reduction zufriedenstellend gelungen wäre, die Schwellung verschwand, die Hände blieben jedoch steif und mit Ausnahme der Daumen gelähmt. waren beide Hände unempfindlich. Da zu verschiedenen Zeiten

ausgedehnte Oedeme bestanden hatten, so nahmen wir an, dass die Lähmung sowohl als die Sensibilitätsstörung ischämischer Natur war. Die auch jetzt noch vorhandene Muskelatrophie deutet ebenfalls auf einen seiner Zeit vorhanden gewesenen Zerfall contractiler Muskelelemente hin. Am 24. Juli d. J. hatte ich zum ersten Male Gelegenheit, Pat. zu untersuchen, wobei wir eine beiderseitige Winkelstellung, abnorme Beweglichkeit und die bereits oben erwähnten Functionsstörungen beobachten konnte. Die Röntgenbilder veranschaulichen rechterseits ein erhebliches Uebereinanderliegen der Radialfragmente in der Mitte und eine seitliche Abweichung der Ulnafragmente einen Zoll weiter unten. Linkerseits stehen die beiden Knochenenden über einander. Ausserdem hat sich bereits eine Knochenbrücke zwischen dem unteren Fragment der Ulna und dem oberen des Radius gebildet, ein Umstand, der allein schon die Rotationsmöglichkeit völlig ausschloss. Am 3. August entschloss ich mich zur Correctur des rechten Armes indem wir durch einen schiefen Semilunarschnitt beide Knochen unter der Leitung des Röntgenbildes auf der Streckseite frei legten. Durch starke Extension gelang es, die Verkürzung gänzlich auszugleichen. Die Fragmentenden wurden nun mittelst Silberdraht vereinigt. Wie aus dem fünf Wochen später genommenen Röntgenbild ersichtlich ist, verblieb der Radius in tadelloser Apposition, die Ulna dagegen verschob sich um ein geringes nach der Seite. Die Callusbildung hat jedoch eine so glückliche Form angenommen, dass weder eine Protuberanz noch eine Inversion entstand. Fünf Tage später legte ich die linke Fracturregion in derselben Weise frei. Hier gelang es nun trotz ausgedehnter Freilegung und Durchtrennung der Synostose nicht, die Verbiegung auszugleichen, so dass ich mich zu einer kleinen Knochenverkürzung entschliessen musste. So machte ich denn aus der Noth eine Tugend und gab mittelst der Stichsäge den Knochenenden eine solide Form, dass sie sich in einander einzähnen liessen.

Wie aus dem sechs Wochen später genommenen Röntgenbild hervorgeht, ist dieser Versuch beim linken Radius besonders schön gelungen. Bei der Ulna ist eine kaum nennenswerthe seitliche Deviation vorhanden. Die Marklinien zeigen jedoch auf dem Bild keine axiale Divergenz. Inspection und Palpation hatten den Eindruck hinterlassen, dass die Axis tadellos war, das Röntgenbild belehrte mich jedoch anders und gab mir noch nach sechs Wochen die Chance, die kleine Verbiegung auszugleichen. Die Heilung erfolgte beiderseits per primam intentionem. Linkerseits war in Folge des Nichtgebrauchs der Naht die Vereinigung schneller vor sich gegangen. Um der Consolidation sicher zu sein, immobilisirte ich bis heute, d. h. ich lasse die Gipsschienen temporär abnehmen und dann die Arme massiren. Das Endresultat dürfte völlig zufriedenstellend sein. So sehen wir, dass seitdem sich der segenspendenden Fee Asepsis die Märchenprincessin Röntgenstrahl hinzugesellt hat, die Correctur selbst ausgedehnter Deformitäten sich in einfacher und sicherer Weise vollzieht.

Ich möchte hinzufügen, dass ich Ihnen hier lauter Fälle vorstelle, die nicht völlig geheilt sind, sondern noch mitten in der Behandlung stehen, da ich glaube, dass Sie vom Anschauen solcher Fälle einen grösseren, practischen Nutzen ziehen, als vom vollendeten Resultat. Sie dürfen sich daher nicht wundern, dass der Patient noch etwas Oedem hat.

Der letzte Fall ist ebenfalls nicht uninteressant. Die grossen Schwierigkeiten, welche sich einer rationellen Behandlung der Fractur des anatomischen Halses entgegenzustellen pflegten, sind durch das Röntgenverfahren ebenfalls bedeutend gemindert worden. Als Illustration diene folgender Fall:

Ein zwölfjähriger Knabe wurde beim Fussballspiel heftig gegen die linke Schulter geschleudert. Der kurz darauf ankommende College constatirte einen Bruch der Schulter. Am darauffolgenden Tage fand ich einen geschwollenen und verkürzten Arm, beträchtliche Difformität und eine tiefe Einziehung der Haut unterhalb des Acromion. An dieser Stelle ist eine scharfe Prominenz durchzupalpiren. Abnorme Beweglichkeit und Crepitation waren in mässigem Grade vorhanden. Bei dem Versuch, den Arm vom Ellbogen aus zu rotiren, dreht sich der Humeruskopf nicht mit. Die Diagnose einer Querfractur des anatomischen Halses war also nicht schwer zu stellen. Bezüglich der weiteren Details schien es mir, als ob es sich um eine laterale Verschiebung der Fragmente handelte, welche sich durch Auswärtsrotation einigermaassen auszugleichen schien. Wie sehr ich mich aber in dieser Annahme getäuscht hatte, lehrte mich die Röntgenuntersuchung. Um sicher zu gehen, dass mein Gedächtniss mich nicht später täusche, brachte ich eine kleine Skizze meiner „stillen" Diagnose zu Papier. Ich rathe überhaupt jedem Collegen zu dieser Selbstprüfung, welche das alte *Γνῶθι σεαυτὸν* des delphischen Tempels in's Practische übersetzt. Man sieht dann einerseits wie wenig man sich auf ein selbst hochentwickeltes palpatorisches Talent verlassen kann und andererseits lernt man aus dem Vergleich seiner Skizze mit der naturgetreuen Röntgenplatte seine Urtheilsfähigkeit verbessern. Wie aus dem Röntgenbild ersichtlich ist, steht die Axis der Fragmente nicht bloss im rechten Winkel, sondern die Diaphyse hat sich auch noch dem oberen Fragmente entlang in die Höhe geschoben und sich in Folge dessen zwischen das letztere und die Haut gezwängt, wodurch sich auch die scheinbare Hautspiessung erklärt. Ich hatte zunächst durch Extension und Abduction versucht eine Reposition zu erziehen, es gelang mir aber nur die beträchtliche Hauttension durch die Abduction zu beseitigen, eine völlige Reduction jedoch waren meine Manipulationen nicht im Stande herbeizuführen. So schritten wir denn zur Narcose, welche uns alsbald dahin belehrte, dass sich das kleine Fragment der Diaphyse nicht entgegenführen liess. Da der Berg also nicht zu Mohamet ging, so musste Mohamet zum Berge kommen, und so versuchten wir bei erhobenem Arm die Diaphyse dem Fragment zu apponiren, was unter der Controlle der in die Achselhöhle eingeführten Hand auch gelang. Es schien nun in der That als sei das Reductionsvermögen so erfolgreich gewesen, dass man den Arm nun wieder senken und in einer Triangel fixiren konnte. Kaum aber trat die Extremität aus der vertikalen Richtung heraus, so entschlüpfte das Fragment wieder in die alte Stellung. Wir beschlossen desshalb, den Gedanken der ambulanten Behandlung überhaupt fallen zu lassen und den Arm in der senkrecht erhobenen Stellung mittelst Gipsverbandes zu fixiren. Wie das durch denselben genommene Röntgenbild bewies, war die Reduction geradezu ideal gelungen. Zur Sicherstellung wurde die nächsten zwei Wochen noch Gewichtsextension hinzugefügt. Dann wurde

die Extremität — abermals in der Narkose — etwas gesenkt und in nahezu rechtwinkliger Stellung zur Körperachse wiederum durch einen Gipsverband immobilisirt. Dieses Mal wurde keine Extension angewandt. Nach weiteren zwei Wochen gelang die völlige Senkung des Armes vollkommen, das Fragment im Schultergelenk folgte der Diaphyse, an die es schon fest agglutinirt zu sein schien, ohne jede Kraftanwendung. Es wurde nunmehr eine Gipsschiene angelegt und nach weiteren drei Wochen — sieben Wochen nach dem Unfall — war die Functionsfähigkeit des Armes wieder völlig hergestellt.

Zum Schluss möchte ich mir nur noch gestatten, Ihnen den Ellbogen eines 15jährigen Mädchens zu demonstriren, welches in Folge einer vor 7 Jahren erlittenen Fractur des Condylus externus eine Radialislähmung aquirirte, die sich nach Abmeisselung der Fragmente bereits erheblich besserte.

2. *Vorträge.*

a. Dr. *R. Denig*: *Bericht über einen Fall von Raupenhaar-* (Caterpillar) *Entzündung des Auges.* (Ist in der October-Nummer ds. Monatsschr. als Originalarbeit erschienen.)

Discussion. Dr. *Hotzen*: Ich möchte fragen, ob Herr Dr. *Denig* vielleicht eine microscopische Untersuchung vorgenommen hat und daraus auf eine besondere Fähigkeit der Härchen geschlossen, sich festzuhalten. — Dr. *B. S. Talmey*: Ich möchte fragen, ob man in einem solchen Fall auch die Diagnose stellen kann, ohne die Geschichte der Krankheit zu kennen. — Dr. *Denig*: Die Schmerzen, über die die Patienten klagen, sind ähnlich denen, die nach einer Brandwunde auftreten. In manchen Fällen mag es dem beigezogenen Arzte möglich sein, mit dem unbewaffneten Auge die Anwesenheit von kleinen Haarbüscheln festzustellen. Auf alle Fälle bringen aber die Patienten wegen der sofort auftretenden Schmerzhaftigkeit die Diagnose selbst zum Arzt. Beiläufig möchte ich erwähnen, dass es von Vögeln bekannt ist, namentlich vom Kukuk, dass er eine Specialität aus Raupen macht, indem er speciell seine Nahrung unter den Raupen sucht. Wenn man den Magen dann aufschneidet, so scheint er ganz verfilzt. Es sind das die Haare, die sich in die Magenwand eingebohrt haben. — Dr. *Pirkner*: Ich möchte auf eine vorher gestellte Frage antworten. Ich habe in einer naturwissenschaftlichen Studie diese Härchen der Raupen untersucht, und ich muss sagen, diese Härchen haben keine Widerhaken irgend welcher Art. Man kann aber einen Giftsaft unterscheiden, der abgesondert wird und der offenbar die Ursache dieser Entzündung ist. — Dr. *R. Denig*: Es handelt sich wohl um Ameisensäure. — Dr. *A. Rose*: Soviel ich weiss, ist es nicht blos der Kukuk, der sich von Raupen nährt, sondern auch andere Vögel thun das, z. B. der Eichelhäher. — Dr. *R. Denig*: *Brehm* erwähnt speciell den Kukuk.

b. Dr. *M. Toeplitz*: *Nasenstörungen bei Abdominaltyphus.* (Liest.)

Discussion. Dr. *J. W. Gleitsmann*: Ich kann dem Vortrag von Dr. *Toeplitz* nichts wesentliches Neues hinzufügen, da unsere Erfahrung über solche Fälle so limitrit ist. Wir bekommen Typhus-

fälle fast nie zu sehen, sondern erst, wenn der Typhus abgelaufen ist und können dann a posteriori schliessen, ob die Veränderung in der Nase von Typhus herrührt. Ich glaube, was Dr. *Toeplitz* mitgetheilt hat, entspricht den Thatsachen und den Erfahrungen, die ich gemacht habe. Dass Nasenbluten nach Typhus und auch während des Typhus häufig ist, wissen wir alle, und was er über Synechie gesagt hat, kann ich nur bestätigen, viz.: dass sie auf eine unberücksichtigte Nasenaffection bei Typhus zurückzuführen ist. Was besonders über die Nebenhöhlen erwähnt worden ist, ist vollständig richtig, und ich habe auch zwei Fälle gesehen, einen vom Sinus maxillaris und einen vom Sinus frontalis, von denen einer sehr hartnäckig war und die ohne Zwang auch auf Abdominaltyphus zurckgeführt werden konnten. Die Veränderungen der Nase nach Typhus sind nicht sehr häufig, aber wenn welche vorkommen, Synechien wie Sinuserkrankungen, sind sie sehr unangenehm. Ich erinnere mich einiger Fälle, wo mir die Synechien sehr viel zu schaffen machten, und in einem Falle, in der Familie eines mir befreundeten Doctors, kostete es vier Monate, sie zu heilen. Sinuserkrankungen verlaufen manchmal rascher, aber in der Mehrzahl der Fälle bedürfen sie einer sehr langen Zeit der Heilung. Ich glaube im Ganzen, dass der *Toeplitz*'sche Vortrag das Feld vollständig gedeckt hat. — Dr. *Max Toeplitz* (Schlusswort): Ich bin zunächst Herrn Dr. *Gleitsmann* für seine ergänzenden Bemerkungen dankbar. Was die Prophylaxe betrifft, so wüsste ich nicht, wie sie anders auszuführen ist, als dass man die Nase einfach untersucht. Findet man eine Eruption, dann muss man sie behandeln, aber da nur in 6.5 Procent der Fälle Nasenbluten stattfindet, so ist es nicht rathsam, jeden Typhusfall in Bezug auf die Nase zu behandeln.

c. Dr. *H. Riedel*: *Die traditionelle Berufs-Sprache des Arztes in ihren Elementen — ein esoterisches Kunstgebilde und Testament des Alterthums.*

Discussion. Dr. *Hermann Kahn*: Ich möchte wissen, wo Herr Dr. *Riedel* alle diese interessanten Studien gemacht hat. Ich glaube umsomehr zu dieser Frage berechtigt zu sein, als ich mich erinnere, an demselben Tag mit dem Herrn Collegen in München das Staatsexamen gemacht zu haben. Ich möchte den Herren hier bemerken, dass College *Riedel,* wenn ich mich recht erinnere, der einzige war, der im Herbste 1861, in München, sein Staatsexamen mit der ersten Note, cum laude, gemacht hat. Ich habe ihn seit dem Tage, wo ich an demselben Tisch mit ihm im Examen gesessen habe, niemals wieder gesehen. Heute kam mir der Name *Riedel* aber bekannt vor, und ich sah nach und fand, dass wir an demselben Tage unser Staatsexamen gemacht hatten. Mein hoher Respect vor den *damaligen* preisgekrönten Arbeiten des angehenden *practischen* Arztes konnte durch die *jetzigen* für mich leider schwerverständlichen und mystischen Darstellungen des nun ergrauten Collegen nicht im mindesten beeinträchtigt werden. Ich glaubte, dem Collegen diese Erklärung schuldig zu sein. — Dr. *A. Rose*: Wie bekannt, haben die Gebrüder Grimm beim Forschen nach dem Ursprung der deutschen Volks-Märchen gefunden, dass sich die gleichen Märchen bei verschiedenen Völkern finden, die anscheinend in gar keiner Verbindung zu Germanen

oder zu einander gestanden hatten, und diese Beobachtungen und Forschungen haben den Grund zur Ausbildung einer neuen Wissenschaft gelegt, nämlich der vergleichenden Sprachforschung. Die Beobachtungen, die unser College *Riedel* gemacht hat, haben vielleicht eine noch viel grössere Tragweite, und wenn wir uns vorstellen, wie weit das wohl noch auszubeuten sein mag, dass Anagramme aus der lateinischen Sprache in das Griechische, Chinesische, Phoenicische, Sanskrit hineinreichen, so müssen wir wohl denken, dass da ein Zusammenhang von Wissenschaft besteht, von dem wir bisher noch keine Ahnung gehabt haben. Es ist ganz sicher, dass diese Studien von Dr. *Riedel*, zu denen er 20 Jahre verwendet hat und die nur ein Mann der ernsten Wissenschaft, mit den besten philologischen Kenntnissen ausgerüstet, ausführen konnte, eine grosse Bedeutung haben werden, und dass der Vortrag, den wir heute gehört haben, unserer Gesellschaft für immer zur Ehre gereichen wird. Es ist nicht möglich, hier auf alle die uns vorgeführten Wunder näher einzugehen. Man muss sehr viel Studien machen, um sich in die Sache hineindenken zu können. Wir sind heute gewissermaassen geblendet von all dem Merkwürdigen, was hier entdeckt worden ist, und ich hoffe, dass Herrn Dr. *Riedel* alle Anerkennung zu Theil wird für eine solche Forschung, die gerade unter uns Aerzten und in Amerika so selten ist, wo wir so sehr dem Practischen obliegen müssen. — Dr. *B. S. Talmey*: Ich möchte Herrn Dr. *Riedel* fragen, ob er nicht auf den Gedanken gekommen ist, dass wenn er in das Wort Aesculapius so viel hineinlegen kann, die Anagramme doch nicht ganz zuverlässig sind. Wir müssten doch erst den Beweis haben, dass damals Tuberkelbacillen und Microben schon bekannt waren, um das alles in die Anagramme hineinlesen zu können. Aber da wir sonst nichts davon wissen, sondern der Ansicht sind, dass diese neue Entdeckungen sind, dass die Bacterien früher nicht bekannt waren, so scheinen mir seine Anagramme nicht zu stimmen. Da kann man schliesslich alles hineinlesen, was man will. — Dr. *H. Riedel* (Schlusswort): Das ist eben ein grosser Irrthum, zu glauben, dass man alles, was man will, in Anagramme hineinlesen kann. Es gilt für dieselben, was für algebraische Formeln gilt. Sie haben a b c und c b a, u. .s. w.; aber wenn d nicht darin ist, so kann weder Kaiser noch Reich es herausnehmen. Es ist lediglich Sache der Bequemlichkeit, eine gegebene Buchstaben-Gruppe schon so geordnet zu finden, wie man sie haben möchte, aber man kann nur herauslesen, was darin ist, und keine Gewalt kann etwas hineinlegen, was nicht darin ist. Dass Sie historische Beweise fordern, wundert mich. Wie stellen Sie sich vor, dass wir historische Nachrichten haben sollen von dem, was Esoteriker vor Jahrtausenden in tiefer Nacht hinter verschlossenen Thüren verhandelt haben? Wo sollen da die historischen Beweise herkommen? Und dass unsere Collegen, zur Zeit des Aristoteles z. B., Esoteriker waren, wird dadurch erhärtet, dass er in der „Politik" erzählt, dass die regulären Aerzte Athens „Bauleute" — *ἀρχιτεκτονικοὶ ἰατροί* — genannt wurden. In ältesten Zeiten waren die Aerzte Priester. Die Esoteriker liefern keinen Bericht an die Presse übr das, was sie esoterisch thun. Ihre Forderung erinnert mich an den Einwand, den ein Professor der Logik in Cambridge gegen die Hypothese gemacht hat, dass die grosse Pyramide

die Zahl π in ihren baulichen Dimensionen enthält. Angesichts des Wunder-Baues der Pyramide sagt er, wir hätten keine historische Nachricht über die Leistungsfähigkeiten ihrer Bauleute; immerhin sei er leidlich sicher, dass sie den Werth von π nicht gekannt haben.

Hierauf Schluss und Vertagung.

Dr. *John A. Beuermann*, Secretär.

Die 73. Versammlung deutscher Aerzte und Naturforscher zu Hamburg.*

Allgemeine Sitzungen.

(Fortsetzung.)

Th. Paul-Tübingen hält einen durch zahlreiche Tabellen, welche mittels Projectionsapparates zur Anschauung gebracht wurden, erläuterten Vortrag über:

Die Bedeutung der Ionen-Theorie für die physiologische Chemie. (Nach dem Autoreferate.)

Weitaus die meisten biologischen Vorgänge in Pflanzen und Thieren beruhen auf einer Wechselwirkung der Stoffe in gelöstem Zustande, da nicht nur die flüssigen Bestandtheile der Organismen, sondern auch die festeren Gewebe als Lösungen aufzufassen sind, seitdem die neuere Chemie ausser den flüssigen auch feste Lösungen kennt. Es war deshalb zu erwarten, dass die Fortschritte, welche man in der Erkenntniss des Wesens der Lösungen machte, auch befruchtend auf die Physiologie einwirken würden, und dass zwei wissenschaftliche Errungenschaften ersten Ranges, die Theorie der Lösungen von *van t'Hoff* und die Theorie electrolytischen Dissociation von Svanhe *Arrhenius*, durch welche unsere Anschauungen vom Zustande der Stoffe in Lösungen in vollkommenere Bahnen gelenkt worden sind, für gewisse Gebiete der physiologischen Chemie einen Wendepunkt bedeuten. Es lässt sich schon jetzt mit Bestimmtheit sagen, dass viele der zahllosen Widersprüche und Unklarheiten, denen man in der physiologischen Litteratur so häufig begegnet, nur auf Grund dieser neueren Anschauungen gelöst werden können. Bisher nahm man an, dass in einer wässerigen Lösung, z. B. in einer Kochsalzlösung, neben den Wassermolekeln Chlornatrium-Molekeln enthalten sind. Da aber eine solche Lösung den electrischen Strom leitet, und deren osmotischer Druck grösser ist, als den molekularen Verhältnissen entspricht, nimmt man nach der Theorie der electrolytischen Dissociation oder der „Ionen-Theorie" an, dass in einer Kochsalzlösung nicht sämmtliches Salz in der Form von NaCl-Molekeln enthalten ist, sondern dass die Mehrzahl der letzteren in electrisch geladene Theilstücke, die Na-Ionen und Cl-Ionen, zerfällt, welche den Transport der Electricität beim Durchgange eines electrischen Stromes vermitteln, und deren jedes den osmotischen Druck der Lösung in demselben Grade beeinflust, wie eine intacte Molekel. Dieser Vorgang der

*) Aus Deutsche Praxis, 1901, No. 20.

Spaltung der Kochsalzmolekeln in electrisch geladene Ionen, welcher stets mit dem Auflösen des Salzes in Wasser verbunden ist und ohne jede Zuführung von Electricität von aussen vor sich geht, findet bei sämmtlichen Salzen, Säuren und Basen statt, Stoffen, deren wässerige Lösungen den electrischen Strom leiten und welche man deshalb mit dem gemeinsamen Namen „Electrolyte" bezeichnet. So zerfällt $AgNO_3$ in das positive Silber-Ion (Ag-Ion) und in das negative Salpetersäure-Ion (NO_3Ion), das chlorsaure Kalium in das positive Kalium-Ion (K-Ion) und in das negative Chlorsäure-Ion (ClO_3-Ion). Die Säuren sind dadurch characterisirt, dass sie sämmtlich in wässeriger Lösung positive Wasserstoff-Ionen (H-Ionen) abspalten unter gleichzeitiger Bildung eines für jede Säure characteristischen negativen Ions. Die Basen sind Verbindungen, welche in wässeriger Lösung sämmtlich negative Hydroxyl-Ionen (OH-Ionen) neben den für jede Base specifischen positiven Ionen abspalten. Die „Stärke" der Säuren und Basen richtet sich nach dem Dissociationsgrade dieser Verbindungen. Eine Säure oder eine Base ist um so stärker, je grösser die Concentration der positiven Wasserstoff-Ionen oder negativen Hydroxyl-Ionen in ihrer wässerigen Lösung ist, wenn gleiche molekulare Mengen dieser Verbindungen gelöst werden. So ist die Essigsäure eine ungefähr 100mal schwächere Säure als die Salzsäure und das Ammoniak eine ungefähr 100mal schwächere Base als die Kalilauge.

Es lässt sich an einer Reihe von practischen Beispielen zeigen, dass uns die Ionen-Theorie die Mittel und Wege an die Hand giebt, die Zusammensetzung verschiedener bisher ungenügend erforschter Körperflüssigkeiten zu ermitteln, und uns in den Stand setzt, complicirte physiologisch-chemische Vorgänge auf einfache wohlbekannte Gesetze zurückzuführen und für die physiologische Wirkung vieler Stoffe eine einheitliche und ungezwungene Erklärung zu geben. So bedeutet es einen principiellen Fortschritt, als vor einigen Jahren *St. Bugarszky* und *F. Tangl* bei ihren Untersuchungen über die Zusammensetzung des Blutserums durch die Bestimmung der Gefrierpunktserniedrigung, welche sich mit Hilfe der von *Ernst Beckmann* construirten Apparate in kurzer Zeit mit grosser Genauigkeit ausführen lässt, die Gesammtconcentration der gelösten nichtdissociirten Molekeln und der Ionen ermittelten und die Concentration der letzteren durch electrische Leitfähigkeitsversuche feststellten. Eine ähnliche Untersuchung hat fast gleichzeitig *Hans Koeppe* über den Salzgehalt der Frauen- und Kuhmilch ausgeführt. Seitdem *Reaumur* als einer der Ersten um die Mitte des 18. Jahrhunderts den Mageninhalt von Thieren auf seine Acidität untersuchte, ist die Zahl der darüber veröffentlichten Arbeiten auf mehrere Hundert angewachsen. Trotzdem ist es bisher nicht möglich gewesen, die Concentration der Säure im Magensaft in absoluten Zahlen anzugeben.

Die Ionentheorie setzt uns in den Stand, den Begriff der Acidität des Magensaftes in ganz unzweideutiger Weise zu präcisiren: die Acidität ist identisch mit der Concentration der darin enthaltenen Wasserstoff-Ionen. Die exacte Messung derselben lässt sich mit Hilfe einer galvanischen Concentrationskette bewerkstelligen, deren Theorie von *Walter Nernst* aufgestellt wurde. Die Titration lässt sich hierzu nicht benutzen,

da gleiche molekulare Mengen der starken Salzsäure und der schwachen organischen Säuren, wie Essigsäure und Buttersäure, gleiche Volumina Kalilauge oder Natronlauge zur Sättigung brauchen. Damit soll nicht in Abrede gestellt werden, dass sich mit Hilfe passend gewählter Indicatoren, wie z. B. Methylviolett, Tropäolin oder Congorot, welche erst auf eine grössere Wasserstoff-Ionen-Concentration reagiren, für die ärztliche Praxis brauchbare vergleichende Werthe ermitteln lassen. Ja, es ist wünschenswerth, dass diese Methode mit Hilfe der Theorie der Indicatoren weiter ausgebildet wird, welche *Wilhelm Ostwald* auf Grund der Ionentheorie aufgestellt hat, und die es ermöglicht, die zahlreichen Indicatoren der Acidimetrie und Alkalimetrie nach einem einheitlichen Gesichtspunkte zu classificiren und die für jeden Indicator characteristische Empfindlichkeitsgrenze festzustellen.

In neuester Zeit hat *Rudolf Höber* versucht, die Concentration der Hydroxyl-Ionen im Blut, also dessen Alkalescenz, zu bestimmen, indem er defibrinirtes Rinderblut mit verdünnter Natronlauge bezw. Salzsäure von bestimmten Gehalt zu einer galvanischen Conzentrationskette verband und die electromotorische Kraft des auftretenden galvanischen Stromes ermittelte. Die Eigenschaft der Eiweissverbindungen, mit stärkeren Säuren lockere salzartige Verbindungen zu bieten, welche für die Pepsinverdauung sehr wichtig sind, hat vor mehreren Jahren John *Sjövist* auf Grund der Ionentheorie klar gelegt und mit Hilfe von electrischen Leitfähigkeitsmessungen quantitativ bestimmt. Einige Jahre später (1898) haben *Stefan Bugarsky* und *Leo Liebermann* das Bindungsvermögen eiweissartiger Stoffe für Salzsäure, Natriumhydroxyd und Kochsalz durch die Messung der electromotorischen Kräfte in galvanischen „Gasketten" und durch die Bestimmung der Gefrierpunktserniedrigung ermittelt. Die nach diesen voneinander ganz unabhängigen Methoden gefundenen Werthe stimmen ganz befriedigend überein und sind insofern ein Beweis für die Stichhaltigkeit und Zweckmässigkeit der neueren Anschauungen, als die darauf gegründeten Rechnungen sich der Erfahrung anschliessen.

Paul Grützner hatte gefunden, dass die Kaseïnfällung in der Milch, welche durch äquimoleculare Säurelösungen veranlasst wird, je nach der Stärke der betreffenden Säure quantitativ ganz verschieden ist. Setzt man den Säurelösungen gleichionige Salze zu, wie z. B. der Essigsäure essigsaures Natrium, so wird die Menge des ausgefällten Kaseïns geringer, obwohl bekanntlich die Salze die Ausfällung von Eiweisskörpern im allgemeinen unterstützen. Wie war diese merkwürdige Erscheinung zu erklären? Die Ionentheorie giebt auf diese Frage folgende Antwort: die Concentration der Wasserstoff-Ionen in der wässerigen Lösung oder mittelstarken oder schwachen Säure muss nach dem Massenwirkungsgesetz durch den Zusatz eines gleichionigen Salzes geringer werden und deshalb wird die Fähigkeit der Säure, das Kaseïn auszufällen, geringer. Mit Rücksicht auf die grosse Bedeutung, welche dem Verhalten der Harnsäure und ihrer Salze im Blut, im Harn und in den Gewebsflüssigkeiten zukommt, da verschiedene häufig auftretende und besonders schmerzhafte Krankheiten auf einer pathologischen Abscheidung der Harnsäure und ihrer Salze im Körper beruhen, haben *Wilhelm His* d. J. und *Theodor*

Paul begonnen, das Verhalten dieser Stoffe in Lösungen vom Standpunkte der Ionentheorie einer systematischen Untersuchung zu unterziehen. Sie fanden u. a. in Uebereinstimmung mit den Lehren der Ionentheorie, dass die Ausscheidung eines schwerlöslichen harnsauren Salzes an einer Lösung nicht nur von der Löslichkeit des betreffenden Salzes abhängt, sondern dass die gleichzeitig in der Lösung anwesenden Salze, welche mit jenem ein Ion gemeinsam haben, eine beträchtliche Löslichkeitsverminderung veranlassen können. So löst sich z. B. das saure harnsaure Natrium in Wasser von Zimmertemperatur im Verhältniss von 1:1130, in einer physiologischen Kochsalzlösung dagegen, welche nur 7 g Chlornatrium im Liter enthält, erreicht die Löslichkeit nicht einmal das Verhältniss 1:11000, da die Dissociation des Natriumurats durch die Natrium-Ionen des Kochsalzes erheblich vermindert wird. Eine weitere Ueberlegung zeigte, dass die zur Zeit noch ganz allgemeine Vorstellung irrig ist, wonach die Darreichung von Lithium, Piperazin, Lysidin und ähnlichen Präparaten, deren harnsaure Salze in Wasser leicht löslich sind, im Organismus eine Umsetzung mit den abgelgaerten schwer löslichen harnsauren Salzen und die Bildung der leichtlöslichen Verbindung veranlassen können.

Im innigen Zusammenhange mit der Constitution einer Lösung steht auch ihre physiologische Wirkung, und da die Salze, Säuren und Basen in wässeriger Lösung mehr oder weniger in Ionen zerfallen, muss sich auch deren physiologische Wirkung aus derjenigen der nicht dissociirten Molekeln und der Ionen zusammensetzen. Thatsächlich haben zahlreiche Beobachtungen diese Erwartung bestätigt. *Dreser* prüfte die Giftwirkung von Quecksilbersalzen auf Hefezellen, Frösche und Fische, und fand, dass das Kaliumquecksilberhyposulfit viel langsamer und schwächer wirkte als Cyan-, Succinimid- und Rhodanquecksilber, obgleich der Quecksilbergehalt in allen Lösungen gleich gross war. *Dreser* führte das abnorme pharmacodynamische Verhalten des Kaliumquecksilberhyposulfits auf die geringe Concentration der Quecksilber-Ionen in dessen wässeriger Lösung zurück. Bei Gelegenheit einer ausgedehnten, unter Zugrundelegung der neueren physikalisch-chemischen Theorien angestellten Untersuchung über das Verhalten der Bacterien zu chemischen Stoffen aller Art haben *Bernhard Krönig* und *Theodor Paul* geprüft, ob die Giftwirkung von Metallsalzen, Säuren und Basen im Zusammenhange mit deren electrolytischer Dissociation stehe. Diese Untersuchung war um so interessanter, als *Behring* den im schroffsten Gegensatz zu dieser Annahme stehenden Satz aufgestellt hatte, dass z. B. „der desinficirende Werth der Quecksilberverbindungen im wesentlichen nur von dem Gehalt an löslichem Quecksilber abhängig ist, die Verbindung mag sonst heissen wie sie wolle." Redner zeigt an der Hand zahlreicher Tabellen, dass diese Ansicht *Behring's* vollständig mit den Thatsachen im Widerspruch stehe. So fanden *B. Krönig* und *Th. Paul* die keimtödtende Kraft der Halogenverbindungen des Quecksilbers, von denen wir wissen, dass sie verschieden stark dissoccirt sind, sehr verschieden, und zwar entsprach sie ganz dem electrolytischen Dissociationsgrad dieser Salze. Die bacterientödtende Kraft des Sublimats nimmt um so mehr ab, je mehr ClNa zugesetzt wurde. Die Hg-Cyanverbindungen erwiesen sich als am schwächsten wirksam.

Auch bei den Silber- und Goldsalzen liess sich ähnliches beobachten: die gut dissociirenden Verbindungen wirkten sehr stark, die complexen Salze dagegen, in deren wässeriger Lösung die Concentration der Metall-Ionen nur gering ist, waren viel weniger giftig. Die Giftwirkung der Säuren und Basen entsprach im allgemeinen der Concentration der Wasserstoff-Ionen resp. Hydroxyl-Ionen. Auch die Aenderungen des Dissociationszustandes von Metallsalzen, welche der Zusatz eines gleichionigen anderen Salzes bewirkt, kam bei der Giftiwirkung sehr schön zum Ausdruck. Zu ähnlichen Ergebnissen gelangten *Scheurlen* und *Spiro*.

Mit Rücksicht auf diese letztgenannten und andere Untersuchungen, welche die Anwendung der Ionentheorie auf physiologische Vorgänge betreffen, weist Redner darauf hin, dass man bei Deutung von Versuchen an höher organisirten Lebewesen und besonders beim Thierexperiment mit grosser Vorsicht zu Werke gehen muss, da hierbei noch eine Reihe anderer Factoren, als lediglich der Dissociationsgrad der Stoffe und die Eigenschaften der Ionen massgebend sind. Zu verurtheilen ist ferner die sich in neuerer Zeit besonders in Deutschland geltend machende Unsitte, die neueren physikalisch-chemischen Theorien für die Anpreisung von Heilmitteln und besonders für die Wirksamkeit der Heilquellen zu verwenden. Durch solche und ähnliche Gepflogenheiten kann und muss die Bedeutung der neueren Anschauungen in Misscredit gebracht werden.

Die klare Darstellung des Themas, die Anführung der für das Verständniss des Ganzen wichtigsten Grundbegriffe — wofür besonders die „Mediziner" dankbar waren — und ein bis in die fernsten Ecken des Raumes gleich gut vernehmbares Stimmorgan erklärten völlig den lebhaften Beifall, welchen der Redner erntete.

Als letzter Redner bestieg *His* jun.-Leipzig das Podium zu seinem Vortrage: *Die Bedeutung der Ionentheorie in der klinischen Medicin.*

Der thierische und menschliche Körper besteht aus halbfesten Elementen, den Zellen und umgebenden Flüssigkeiten, dem Blut und der Lymphe. Beide stehen in einem Wechselaustausch gelöster organischer und anorganischer Bestandtheile. Dieser Wechselaustausch wird theils durch rein physikalische Kräfte, theils durch die den Zellen innewohnenden vitalen Eigenschaften geregelt. Eine Erkrankung der Zellen muss sich in einer Aenderung dieser vitalen Kraftäusserungen zu erkennen geben; diese Kraftäusserungen sind ein Maass der physiologischen Zellfunction. Sie lassen sich von den rein physikalischen Kräften um so leichter sondern, je genauer diese bekannt sind. Für die Austauschvorgänge im Körper sind am wichtigsten die Gesetze der Osmose und Diffusion. Diese Gesetze sind aber erst verständlich geworden durch die Aufstellung der Lösungstheorie durch *van t'Hoff* und der Dissociations- oder Ionentheorie durch *Svanhe Arrhenius*. Diese ungemein fruchtbaren Theorien stellen den durch die Thatsachen aufs beste gestützten Satz auf, dass gewisse Eigenschaften einer Lösung, wozu der bei den Austauschvorgängen im Körper überall wirksame osmotische Druck gehört, nicht von der Art, sondern von der Concentration der gelösten Moleküle allein abhängen, und dass die Bestandtheile, in welche die Electrolyte in Lösungen zerfallen, die Ionen, den Molekülen in dieser Beziehung gleichwerthig sind. Die

Anwendung dieser Theorie auf die Medicin hat eine Menge von wichtigen Aufschlüssen über die Austauschvorgänge im Körper ergeben, freilich sind die Vorgänge im Körper so complicirte, dass vorerst nur die Grundlagen zu einer allgemeinen Orientirung gegeben sind.

Während sich die todte Darmwand im wesentlichen wie eine thierische Membran verhält, sind die Resorptionsvorgänge an der lebenden Darmwand viel complicirter und nicht ausschliesslich analog denen der Diffusion und Osmose durch thierische Membranen. Immerhin wirft die jetzige chemisch-physikalische Betrachtung dieser Processe auf manches ein helleres Licht als bisher. Z. B. kann erhofft werden, dass auf diesem Wege eine Einsicht in die Wirkung mancher Mineralwsser gewonnen werden wird. Die von *Koeppe* über die Ausscheidung der ClH im Magen aufgestellte Theorie ist aus manchen Gründen nicht haltbar, vorläufig muss in diesem Vorgang die Mitwirkung vitaler Processe als nothwendig vorausgesetzt werden. Festgestellt ist, dass im Magen eine Secretion von Wasser oder Salzen in der Weise stattfindet, dass der Mageninhalt eine molekuläre Concentration annimmt, die um einen grösseren Werth unter derjenigen des Blutes liegt. Jedenfalls sind die bisherigen Versuche, die Salzsäuresecretion als rein physikalischen Vorgang zu erklären, als widerlegt zu betrachten. Auch für die Exsudation und Resorption durch Gefässe und seröse Endothelien scheint eine lebendige Thätigkeit der Zellen, neben rein physikalischen Processen, maassgebend zu sein.

Bei der functionellen Prüfung der Nieren leisten die auf die physikalisch-chemische Untersuchung der Ausscheidungen gegründeten Methoden wenig mehr als die bisher geübte chemische und microscopische Untersuchung. Anders bei einseitigen Nierenaffectionen, wo von einem geübten Untersucher eventuell durch physikalisch-chemische Methoden eine Diagnose gemacht und die Indication zur Operation aufgestellt werden kann. Doch sind diese Methoden besser noch der Klinik vorbehalten, denn die Untersuchungen wollen genau geübt sein, die zu ziehenden Schlüsse sind noch zu unsicher, um für die practische Anwendung schon jederzeit maasgebend sein zu dürfen. Es ist aber zu hoffen, dass der Kreis der practischen Verwerthung der chemisch-physicalischen Methoden in der Zukunft erweitert werden kann.

Zur Discussion nach dem inhaltreichen, fesselnden Vortrage, der mit grösstem Beifall aufgenommen wurde, meldete sich zunächst *Ostwald*-Leipzig. Er führte aus, dass in den biologischen Wissenschaften eine Zeit lang eine Art „Verzweiflungsstimmung" geherrscht habe. Mit Hülfe von Chemie und Physik habe man sich auf allerlei Probleme und Arbeiten gestürzt, allein schliesslich seien die betretenen Wege ausgegangen gewesen, es bestand der Eindruck, mit Chemie und Physik komme man nicht zu Ende. Man habe dann wieder die Dinge mit „vital" bezeichnet. Die vitalen Kräfte sind nach Redner diejenigen, welche man noch nicht bewältigt hat. Zwischen ihnen und den anderen besteht kein absoluter Unterschied, sondern nur ein von der Zeit abhängiger. Wenn die Biologen auf eine Erklärung „vitaler" Vorgänge verzichten zu müssen glauben, so trauen sie sich zu wenig, den Chemikern und Physikern zu viel zu. Für letztere ist manches auf biologischem Gebiete gewachsen, z. B. die Auf-

findung des osmotischen Druckes durch *Pfeffer* und *D'Vries*. Mit einem geistreich durchgeführten Vergleich, in welchem *Ostwald* die Chemiker und Physiker als die Dammbauer einer Eisenbahn bezeichnete, auf welchem dann die Biologen den Zug vorwärts bringen könnten, schloss Redner seine interessanten Ausführungen.

Im Anschluss an den Vortrag von *Th. Paul*-Tübingen sprach hierauf *Bial*-Kissingen über die von ihm angestellten *Untersuchungen betr. die Wirkung der Säuren auf die Entwicklung der Hefe.*

Als letzter Redner der Sitzung, die erst nach vierstündiger Dauer nach kurzen Schlussworten des ersten Vorsitzenden ihr Ende nahm, erhob sich *van t'Hoff*-Charlottenburg zu einer das *Befruchtungsproblem* betreffenden Bemerkung.

Nach den Untersuchungen *Loebs* über die Befruchtung spielen bei derselben physikalisch-chemische Vorgänge eine Rolle. Es sei ihm nun durch den *Boveri*'schen Vortrag die Idee gekommen, dass die Veränderungen, welche das Ei vor und nach dem Eintritt des Spermatozoons zeige, vielleicht durch Aenderungen des osmotischen Druckes entständen, speciell die Vorbuchtung und nachherige Einziehung an einer Stelle des Eies, wobei die Absonderung eines Eiweiss coagulirenden Enzyms durch das Spermatozoon eine Rolle spielen könnte.

Da dem Specialistenthum jetzt allseitig ein: Ne nimis! entgegengerufen wird und auch das Programm der heurigen Naturforscherversammlung, wie speciell die heutige Vortragsreihe zeigte, mit voller Energie in den Dienst dieser einigenden Tendenzen gestellt ist, so möchte Referent es nicht unterlassen, eines Eindruckes zu gedenken, der sich ihm im Verlaufe der Verhandlungen immer mehr aufdrängte. Wenn es erreicht werden soll, dass die, physikalisch-chemischen oder anderen Gebieten der Naturwissenschaften engeren Sinnes entnommenen, Stoffe der Vorträge bei den Medicinern einen wohl vorbereiteten Boden des Verständnisses — und darin beruht ihr Werth — finden, so muss dem Umstande Rechnung getragen werden, dass bei der enormen Entwicklung der Einzelwissenschaften es nur relativ sehr wenigen möglich ist, seinem Arbeitsfeld immerhin entlegene Gebiete mit zu überschauen. Die Folge ist, dass der „medicinische" Bruder mit viel weniger naturwissenschaftlichen Begriffen zur gemeinsamen Unterhaltung kommt als der „naturwissenschaftliche" Bruder meint. Und vice versa! Wie sollen sie sich da gleich verstehen, wenn sie lange, jeder in einem anderen Lande waren? Dass sie die Mutterlaute an sich verstehen müssten, beruht, um aufrichtig zu sein, auf einer schönen, poetischen Fiction. Es wäre unrichtig, diese ruhig bestehen zu lassen und sich zu verhalten, als verständen sich die Brüder bei der jährlichen Aussprache trefflich. Warum soll man dem wahren Verhältniss nicht Rechnung tragen und dafür sorgen, dass die Themata der allgemeinen bezw. gemeinsamen Sitzungen so frühzeitig bekannt gegeben werden (das geschieht sogar schon), dass eine zweckmässige Vorbereitung hierfür eintreten kann? Für die Aerzte wenigstens wäre es nicht zu schwer, durch Vorträge in ihren Vereinen, durch entsprechende einführende Erläuterungen in den Fachblättern dafür Sorge zu tragen, dass ihnen das wirkliche Verständniss der naturwissenschaftlichen Vorträge schwierigerer Natur

vermittelt wird. Für den Einzelnen ist der Weg hierzu zu zeitraubend oder überhaupt nicht möglich. Vielleicht greift Jemand diese kurze Anregung auf.

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Argentamin. Bergel* (Inowrazlaw) hat das Argentamin seit über zwei Jahren in zahlreichen Fällen äusserlich und innerlich angewendet und gefunden, dass dasselbe nicht bloss das Argentum nitricum meistens zu ersetzen im Stande ist, sondern in vielen Fällen sich demselben als überlegen erwiesen hat. Das Anwendungsgebiet des Argentamins erstreckte sich auf solche äussere und innere Erkrankungen der Schleimhäute, wo eine adstringirende, bezw. antiseptische, antibacterielle Wirkung erstrebenswerth erschien. Selbstverständlich musste auch bei diesen Krankheitsformen auf das Stadium, in welchem sich gerade die Krankheit befand, auf das Vorhandensein von stärkeren oder geringeren entzündlichen Erscheinungen u. s. w. Rücksicht genommen werden.

Zu Einspritzungen bei Gonorrhoe fand er am geeignetsten Lösungen von 1,0:400,0 bis 1,0:200,0 für die Pars anterior. In acuten Fällen begann er mit der schwächeren Lösung, und muss nach den Resultaten, die er erzielte, sagen, dass eine Argentaminlösung von 1,0:400,0 den Ansprüchen an Reizlosigkeit sowohl, wie an Wirksamkeit am meisten entspricht. Allmählich ging er dann zu den stärkeren Lösungen über, und wurden Concentrationen von 1,0:300,0 von fast allen Patienten gut vertragen, ohne subjectiv oder objectiv Reizerscheinungen hervorzurufen. Im Grossen und Ganzen schien B. die Wirkung des Argentamins der des Argent. nitric. gegenüber insofern überlegen, als nach Anwendung des ersteren schneller als bei letzterem die entzündlichen Erscheinungen verschwanden, die Absonderung des dicken, zähen Eiters früher aufhörte, die eitrige Secretion sich schneller in eine mehr schleimige verwandelte und überhaupt nachliess. Gewöhnlich konnte man bei microscopischer Untersuchung das Verschwinden der Gonococcen im Secrete nach Argentaminapplication früher nachweisen, als es erfahrungsgemäss nach Anwendung der Höllensteinlösung zu geschehen pflegt. Es wurde 3 bis 4 mal täglich eingespritzt und die Lösungen 5—10 Minuten in der Harnröhre behalten. Bei den mehr chronischen Formen und besonders bei Erkrankung des hinteren Theiles der Harnröhre wurden zu Einspritzungen die stärkeren Lösungen verwendet und bei circumscripten Erkrankungen der hinteren Harnröhrenschleimhaut Instillationen mit der *Guyon'schen* Spritze in einer Lösung von 10,0:100,0 gemacht. Diese Concentration wurde in recht vielen Fällen gut, d. h. ohne zu irritiren, vertragen. Wollte man aber eine der 2 proc. Argent. nitric. Lösung entsprechende Argentaminlösung anwenden, so erwies sich diese doch unzuträglicher und verhältnissmässig stärker reizend, als die Höllensteinlösung, so dass B. von der Application einer 20 proc. Argentaminlösung für *Guyon'sche* Instillation doch abrathen möchte. Allein die der 1 proc. Arg. nitric. Lösung entsprechende 10 proc. Argen-

taminlösung erwies sich durchweg mindestens ebenso gut, wenn nicht besser wirksam und weniger Beschwerden verursachend, als die 2 proc. Höllensteinlösung, dürfte also dieser sowohl hinsichtlich des Erfolges als auch bezüglich des geringeren Reizeffectes vorzuziehen sein. Irritationszustände wurden, wie gesagt, hierbei entweder gar nicht, oder nur in ganz vereinzelten Fällen und auch hier nur in unbedeutendem Grade beobachtet, noch stärkere Lösungen können jedoch nicht empfohlen werden.

Zu Ausspülungen der Harnröhre und bei Cystitis gonorrhoica, natürlich nach Ablauf der acuten stürmischen Erscheinungen, wurden gewöhnlich Lösungen von 1,0:1000,0 bis 1,0:500,0 destillirten Wassers benutzt. Die Spülungen der Harnröhre wurden täglich einmal vorgenommen und konnten innerhalb der angegebenen Verdünnungen störende Nebenerscheinungen, als irgendwie nennenswerthes Brennen, stärkeres Drängen, als es sonst bei der Anwendung der mildesten Mittel einzutreten pflegt, nicht beobachtet werden; die Wirkung dagegen war eine diesen bei weitem überlegene. Gerade von den Ausspülungen der Harnröhre sowohl, wie der Blase hat B. sehr schöne Resultate, manchmal geradezu eclatante Erfolge gesehen. Die Spülungen konnten auch mit Einspritzungen combinirt werden, und zwar oft mit gesteigertem Erfolge. Die Reizerscheinungen, die man bei der Blase als einem doch sehr empfindsamen Organ sehr leicht hätte constatiren können, fehlten bei Anwendung des angegebenen Lösungsverhältnisses allermeist gänzlich, bei sehr wenigen empfindlichen Personen waren sie nur äusserst gering, die Erfolge dagegen oft ganz vorzügliche. So leisteten dieselben auch bei einigen Prostatikern mit chronischem Blasencatarrh ganz ausgezeichnete Dienste. Selbstverständlich wurden die Spülungen nicht in frischen Fällen von Cystitis gemacht, dagegen konnte man bei der infectiösen Harnröhrenentzündung in ganz frischen Fällen mit den schwächeren Lösungen Spülungen machen, ohne davon irgend welche Benachtheiligung hinsichtlich des Eintritts von stärkeren Irritationserscheinungen oder auch nur subjectiven Beschwerden von Seiten der Patienten zu beobachten. Im Gegentheil hatte B. fast stets gesehen, dass die Spülungen der Harnröhre noch schneller im Stande sind, die Krankheit der Besserung und Heilung entgegenzuführen, als es die gewöhnlichen Einspritzungen vermochten. Auch in etlichen Fällen von Vaginitis gonorrhoica und gonorrhoischem Cervicalcatarrh wurde das Argentamin mit gutem Erfolge angewandt. Bei der ersteren Erkrankung erwiesen sich Ausspülungen in einer Concentration von etwa 1,0:1000,0 als zweckdienlich und erfolgreich, in den letzteren Fällen wurden 5—10 proc. Argentaminätzungen vorgenommen und hatten eine gute Wirkung, ohne stärkere Reizerscheinungen zu verursachen oder sonstige Nebenerscheinungen hervorzurufen.

Von Rachenerkrankungen wurden diejenigen in das Bereich der Argentaminanwendung gezogen, bei denen sonst Argentum nitricum benutzt wurde. Ueberall konnte man hier die Wahrnehmung machen, dass das Argentamin meistens im Stande ist, den Höllenstein zu ersetzen, in vielen Fällen ihm sogar überlegen erscheint. So hatte B. z. B. bei einigen Fällen von luetischen Rachenaffectionen den Eindruck gewonnen, dass Bepinselungen mit Argentamin auf den Krankheitsprocess — natürlich neben

der üblichen specifischen Behandlung — einen relativ günstigeren Einfluss ausübte, als Höllensteinlösungen. Die zu Bepinselungen angewandten Lösungen waren meistens 5—10 proc. und verursachten zum mindesten keine erheblicheren und unangenehmeren Erscheinungen, als es Höllensteinpinselungen zu thun pflegen, eher waren die Beschwerden beim Argentamin geringer.

Auf ophthalmologischem Gebiete verwandte B. Argentamin ebenfalls überall da, wo der Gebrauch der Höllensteinlösung indicirt erschien, also allgemein gesagt, bei Schwellungszuständen der Bindehaut, welche mit eitriger Absonderung einhergingen. Er verordnete sowohl Einträufelungen von Argentamin und zwar 1—2 Proc., drei bis viermal täglich einzuträufeln, als auch pinselte er mit einer 5—7 proc. Lösung ein bis zweimal täglich ein. B. war in den allermeisten Fällen mit der Wirkung recht zufrieden. Wiewohl man ja in der oculistischen Praxis mit dem Argentum nitricum bei den eitrigen Bindehautcatarrhen in der Regel recht schöne Erfolge erzielt, so hat, wenn auch nicht immer und überall von einer auffallend besseren Wirkung des Argentamin dem Argent. nitr. gegenüber die Rede ist, ersteres in den meisten Fällen dem Höllenstein gegenüber doch manche Vorzüge, insofern als man es, um den gleichen Effect zu erzielen, in relativ schwächerer Concentration anzuwenden braucht, und die subjectiven Beschwerden und Reizerscheinungen von Seiten des Auges nach der Application des Mittels beim Argentamin doch geringere sind. Angewendet hat B. es bei den gewöhnlichen eitrigen Bindehautcatarrhen, bei acutem Follicularcatarrh, bei acutem Trachom, bei chronischem, eitrigem Trachom und bei der Blenorrhoea neonatorum. Die Wirkung des Mittels stand jedenfalls der des Höllenstein bis auf vereinzelte Fälle nicht zurück, im Gegentheil schien es besonders bei acutem Follicularcatarrh und acutem Trachom die Schwellung sowohl, wie die eitrige Secretion in recht günstiger Weise und recht schnell zu beeinflussen, ohne unangenehme Reizerscheinungen zu verursachen. Bei der Conjunctivitis gonorrhoica der Neugeborenen hatte B. in einigen Fällen recht gute Erfolge zu verzeichnen, dagegen fing er in anderen Fällen an, mit Argentamin zu pinseln, hatte aber das Gefühl, als ob die übliche 2 proc. Höllensteinlösung doch grössere Sicherheit garantire und ging zu dieser über. Affectionen der Cornea, besonders Pannus trachomatosus bilden keine Contraindication für die Argentaminanwendung, es wird im Gegentheil letzterer in günstigster Weise durch die Pinselungen beeinflusst.

Bestanden schon zuerst gewisse Bedenken für die äussere Anwendung des Argentamin, so mussten dieselben ganz natürlich bezüglich der innerlichen Darreichung in noch höherem Maasse vorhanden sein. Allein bereits der erste Versuch, den B. mit der innerlichen Verabfolgung dieses Arzneimittels machte, liess ihn erkennen, dass unangenehme Nebenwirkungen irgend welcher Art in keiner Weise sich zeigten. Der erste Fall, bei dem er Argentamin per os anwandte, betraf einen Collegen, einen Phthisiker, der sehr häufige Durchfälle hatte, welche weder durch die üblichen Adstringentien, noch durch Opium, noch durch eine Combination beider Mittel für längere Zeit in günstiger Weise beeinflusst wurden. Die Concentration der wässrigen Lösung war ½ Proc. (von der 10 proc. vor-

räthigen Lösung), mit einem Zusatz von etwas Glycerin. Die Arznei wurde zwei- bis dreistündlich zu einem Esslöffel voll genommen. Der Erfolg war in diesem Falle ein direct augenfälliger und überaus günstiger. Selbstverständlich wurde, wie allerdings auch früher, eine entsprechende Diät inne gehalten. Während sonst wenigstens 6—8 dünnflüssige Stuhlgänge täglich erfolgten, besserte sich der Zustand in sehr kurzer Zeit derartig, dass täglich nur zweimal Entleerungen nothwendig wurden, die Faeces consistenter wurden und der Appetit sich hob. Ueber Brennen im Magen, Leibschmerzen oder andere unangenehme Nebenerscheinungen wurde nicht geklagt. B. muss offen bekennen, dass, trotzdem der günstige Erfolg ein eclatanter war, er sich recht skeptisch verhielt, und von der Wirkung des Argentamin allein doch noch nicht so völlig überzeugt war; er glaubte immer, dass andere Nebenumstände, die er vielleicht übersehen hätte, im Verein mit dem Arzneimittel die rasche Besserung herbeigeführt hätten. B. wollte sich also weiter von der therapeutischen Wirksamkeit des Präparates überzeugen und es bot sich ihm bei Erwachsenen, ganz besonders aber bei den Magen-Darmaffectionen der Kinder reichlich Gelegenheit, den Einfluss des Argentamin auf die bezüglichen Krankheiten und deren Symptome zu beobachten. Besonders in der ersten Zeit entschloss er sich nur ungern, bewährte Heilmittel, wie es Calomel, Bismuth, subnitr., Tannigen, Tannalbin u. s. w. sind, nicht in Anwendung zu ziehen und ein Präparat, dessen Wirksamkeit er sehr skeptisch gegenüberstand, auf seinen wirklichen Heilwerth hin zu prüfen. Der Gedanke jedoch, dass auch das Argentum nitricum bei der Behandlung der Magen-Darmkrankheiten immer noch, und in sehr vielen Fällen mit Recht, eine hervorragende Rolle spielt, liess ihn seine Zaghaftigkeit überwinden, zumal er ja bereits einen schönen Erfolg hatte und auch gesehen hatte, dass üble Erscheinungen kaum zu befürchten waren. Der Erfolg war, wenn auch nicht immer glänzend, so doch in den allermeisten Fällen recht zufriedenstellend, sofern natürlich das Mittel auf bestimmte Indicationen hin angewendet wurde. Unangenehme Nebenerscheinungen beim Gebrauche des Mittels sind B. fast nie aufgefallen, nur sehr selten und auch dann nur vorübergehend, wurde bei stärkerer Concentration über gelindes Brennen geklagt. In Anwendung wurde das Mittel gezogen bei Brechdurchfällen, nachdem die ersten stürmischen Erscheinungen geschwunden waren, selbstverständlich unter genauester Beobachtung der Diät u. s. w., bei Enterocatarrh, bei Enteritis, bei Dickdarmcatarrhen zu Injectionen und bei Durchfällen der Phthisiker. Die Dosis und Concentration war gewöhnlich je nach dem Alter der Patienten und dem Reizzustande der Magen-Darmschleimhaut ½—¾ Proc., zuweilen auch 1 Proc. entweder ohne oder mit einem Zusatz von Glycerin. Davon wurden zwei- bis dreistündlich ein Thee- bis ein Esslöffel voll genommen. Sehr oft wird selbst die 1 proc. Lösung esslöffelweise anstandslos und ohne störende Begleiterscheinungen vertragen, in ganz einzelnen Fällen machten sich hierbei dagegen gelinde Reizerscheinungen von Seiten des Darmes geltend, sodass man wohl im Allgemeinen sagen kann, bei ¾ proc. Lösungen sind unangenehme Nebenerscheinungen nicht zu befürchten, bei 1 proc. Lösungen können sie zuweilen, allerdings nur vorübergehend

und in recht gelindem Maasse auftreten. Die Wirksamkeit der ½—¾ proc. Lösungen steht aber den relativ höher concentrirten Lösungen von Argent. nitric. nicht nach, im Gegentheil habe B. in recht zahlreichen Fällen eine dem letzteren weit überlegenen therapeutischen Einfluss des Argentamin beobachten können, sowohl hinsichtlich der adstringirenden als auch der antibacteriellen Wirkung.

Bei den Gastroenterocatarrhen der Kinder und der Erwachsenen konnte eine Argentaminlösung in der oben angegebenen Concentration sehr oft auch dann noch mit Erfolg angewendet werden, wenn andere Mittel im Stiche liessen. In vereinzelten Fällen, wo es sich um die rein adstringirenden Eigenschaften des Mittels handelte, schien dagegen die Anwendung anderer Präparate, wie Tannigen, Tanalbin u. s. w. von grösserem Vortheil zu sein. Inwieweit jedoch die bei allen Fällen verordnete Regelung der Diät u. s. w. als wesentliches Mittel wirkte und eine Arznei überhaupt überflüssig oder wenigstens nebensächlich erscheinen liess, lässt sich natürlich nicht mit Sicherheit sagen. Sehr oft konnte aber der Einfluss des Medicamentes deutlich beobachtet werden, und zwar wirkte in vielen Fällen, wie gesagt, das Argentamin auch dann noch, wenn die anderen üblichen Mittel fehlschlugen. Ganz besonders schöne, wenn nicht die besten Erfolge sind zu erzielen bei der Enteritis, wahrscheinlich eben wegen der Vereinigung der adstringirenden und antiseptischen Eigenschaften des Mittels. Bei Dickdarmcatarrhen wurden zu wiederholten Malen Irrigationen mit einer Argentaminlösung von ca. 1,0:500,0 bis 1.0:1000,0 mit günstigem Erfolge gemacht. (Therap. Monatsh., Juli 1900.)

— Ueber das *Jodipin* (*Merck*) liegt eine Reihe von Veröffentlichungen vor, welche zeigen, dass das Mittel in der That weiterer Beachtung und Anwendung werth ist. *Grouven*-Bonn hat das Präparat in der Bonner dermatologischen Klinik angewendet und zwar hauptsächlich im sogenannten Tertiärstadium der Syphilis, entweder mittels interner Darreichung von 3 mal täglich 1 Theelöffel des 10 proc. oder mittels subcutaner Einverleibung des 25 proc. Jodipins. Bevorzugt wurde die Injectionstherapie. Die Resultate waren im höchsten Grade zufriedenstellend, niemals traten Erscheinungen von Jodismus oder sonstige Unzuträglichkeiten ein, der therapeutische Erfolg entsprach vollkommen dem einer energischen Jodkalibehandlung. (Arch. f. Dermatologie und Syph., LVII. Bd., 1. u. 2. H.) — Versuche in der *Binswanger'schen* Klinik in Jena zeigten ebenfalls, dass das Jodipin den Vorzug vor allen anderen Jodmitteln verdient. Die subcutane Anwendung erschien als die bequemste, sicherste, wirksamste und den Patienten in keiner Weise belästigende Form des Gebrauches. Jodismus trat nicht oder nur ganz unbedeutend auf. Nach den Erfahrungen *Binswanger's* wirkt das Jodipin günstig bei allen tertiären gummösen Formen der Syphilis cerebri und der Syphilisepilepsie, soweit dieselbe auf gummösen Processen in den Meningen oder der Gefässwand beruht. Bei Fällen postsyphilitischer Erkrankungen, bei der Tabes und der progressiven Paralyse vermag es langdauernde, weitgehende Remissionen zu bewirken, wenn die Fälle noch frisch sind und es sich um Mischformen des diffusen degenerativen Hirnrindenprocesses mit gummö-

sen Neubildungen handelt. Vielleicht kann auch in früheren Stadien der Erzeugung des Syphilistoxins und damit dem weiteren Fortschreiten der durch das Syphilisgift verursachten degenerativen Erkrankung Einhalt gethan werden. Bei älteren Fällen von progressiver Paralyse ist die Jodipinbehandlung wirkungslos. (*Wanke*: Erfahrungen über die Anwendung des Jodipins. Corresp.-Bl. d. Allg. Aerztlichen Ver. von Thüringen, 1901, No. 6 u. 7.) — *Meyer*-Badenweiler sah günstige Wirkung von der inneren Darreichung des Jodipins bei Struma (Deutsche Aerzteztg. 1901, H. 14.) — *Baum*-Halle resumirt in einem Bericht über die Anwendung und therapeutischen Indicationen des Jodipins (Therap. Monatsschr. 1901, Juni) dahin, dass das Jodipin überall da anzuwenden ist, wo Jodkali am Platze ist, namentlich aber da, wo dieses schlecht vertragen wird, wo es versagt oder wo Abwechslung in der Behandlung erwünscht ist. (Münch. med. Wochenschr. 1901, No. 34.)

Kleine Mittheilungen.

— *Unanständige Reclame.* Unter diesem Titel berichteten wir in der Novembernummer der Monatsschrift über den Missbrauch, der von dem *American Plasmon Syndicate* mit *Virchow's* Namen getrieben wird, und erwähnten u. a., dass das genannte Syndicat sein Gebahren damit zu entschuldigen sucht, dass es geltend macht, es handle sich um Dr. *Carl Virchow,* einen Sohn *Rudolf Virchow's,* welch' letzterer mit den Ansichten seines Sohnes *Carl* über das Plasmon vollständig übereinstimme. Nunmehr wird uns von berufener Seite mitgetheilt, dass Prof. *Virchow* nur einen einzigen Sohn besitzt, der Hans heisst und Professor in Berlin ist. Der Schwindel ist demnach noch grösser, als wir vermutheten. Zu einer noch genaueren Informirung über die Art und Ausdehnung desselben sei der nachstehende Brief des American Plasmon Syndicate vom 18. November ds. Jhrs. unseren Lesern im Wortlaut zur Kenntniss gebracht:

„Dear Doctor: We are informed of your objection to our using Virchow's name in our brochure entitled "Virchow's Report on Plasmon," basing your objection upon the contention made by you, that we are thus creating the impression that this eminent pathologist, Dr. Rudolf Virchow, is the man behind the report.

"Dr. Rudolf Virchow has not written the report on Plasmon, not because he is not a firm and staunch believer in it, but because for many obvious reasons he is unable to attach his name to such a document. This report was written by his son, Dr. Carl Virchow, who is eminent as a chemist and bacteriologist, and the report was written with the entire sympathy of his illustrious father. We have no hesitation in saying that if you were to address a letter to Dr. Rudolf Virchow, asking him if he approves of the "Report on Plasmon," you would get an instantaneous and hearty response to your question.

"We are not descending to devices to catch the unwary and unthinking. We are a dignified corporation, exploiting the most valuable nutritive

agent the world has ever known, and our introduction to the medical fraternity of Germany and England was made through Dr. Virchow, Dr. Caspari, Dr. Bloch, and others of eminence in those countries, and the result is to-day we are hardly able to supply the tremendous demand that has sprung up in those countries for Plasmon.

"We do not wish you to have a false impression of us, so we are inspired to send this letter to you.

"Yours faithfully, etc., etc."

Der vorstehende Brief spricht für sich selbst, ein Commentar dazu ist daher wohl überflüssig. Bei Erwähnung des Dr. *Caspari* in demselben drängt sich uns nur die Frage auf, ob damit der Chemiker Prof. Dr. *Caspari* in Heidelberg gemeint ist, der im Jahre 1895 in der *Aerztlichen Rundschau* (No. 16) einen mit blühendem Unsinn gespickten Reclameartikel für ein gewisses Chininpräparat veröffentlichte — er spricht darin von Malariabacterien, deren Aufkeimen durch das Chinin verhütet werden kann, ferner von einer Immunität (sic!) des Chinins gegen Influenza u. s. w. —, und wenn dies der Fall sein sollte, würde es uns nicht wundern, ihn in dieser Gesellschaft wieder zu finden.

— Wie auch in früheren Jahren haben anlässlich des Jahreswechsels einige Fabrikanten und Importeure von Arzneimitteln kleine *Souvenirs* an die Aerzte versandt, so die *M. J. Breitenbach Co.* einen weiteren Jahrgang ihres so beliebten Year Book's, *Schering & Glatz* eine ausgezeichnete Photographie *Virchow's* und die *Antikamnia Chemical Co.* einen künstlerisch ausgeführten Wandkalender.

Digitized by Google

ST

Digitized by Google

Digitized by Google